

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie, obor „klinická psychologie“

PREDIKTORY KVALITY ŽIVOTA VE VYŠŠÍM VĚKU
PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY

PhDr. Eva Dragomirecká

Školitel: doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.

Disertační práce

Praha 2007

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

PhDr. Eva Dragomirecká

Poděkování

V první řadě děkuji svému učiteli, doc. PhDr. Janu Srncovi, CSc., za jeho cenné rady a připomínky, jak práci vylepšit, a za jeho vytrvalé přátelské povzbuzování, abych ji vůbec sepsala.

Výzkum je týmová práce a nelze vyjmenovat všechny, kteří se podíleli na realizaci zde popsaných projektů. Uvedu alespoň své nejbližší spolupracovnice na projektu WHOQOL-OLD, Mgr. Pavlu Šelepovou a Mgr. Jitku Bartoňovou.

A to vše by nebylo možné bez stovek respondentů, kteří byli ochotni se podělit o své zkušenosti a vyplňovat dlouhé dotazníky.

Abstrakt

Cílem této práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují kvalitu života osob ve starším věku v našich podmínkách. První část práce shrnuje současné poznatky o stárnutí, především z demografického, sociologického a psychopatologického pohledu, objasňuje pojem kvalita života a pojednává o výzkumech kvality života v období stárnutí a stáří. V druhé, empirické části práce analyzujeme data reprezentativního souboru pražské seniorské populace (N = 325), která byla získána v rámci mezinárodního projektu „Měření kvality života seniorů a zdravé stárnutí“. Baterie instrumentů zahrnovala dotazníky kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, geriatrickou škálu deprese GDS, dotazník na zjišťování postojů AAQ a formulář sociodemografických údajů. K zjištění, jaké faktory ovlivňují různé oblasti kvality života byla použita metoda lineární regrese, a to u šesti domén dotazníku WHOQOL-OLD a čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF. Nejsilnějším prediktorem kvality života všech sledovaných oblastí byla deprese. Výsledky potvrdily důležitost intervencí a programů, které podporují duševní zdraví a jsou zaměřeny na prevenci deprese u seniorů.

Abstract

The aim of this study is to investigate which factors are related to the quality of life of the elderly in the Czech Republic. In the first part of the work we summarized current findings about the ageing, particularly from demographical, sociological and psychopathological perspectives. Farther we discussed the concept of quality of life and research of quality of life in the elderly. In the second research part we analysed data from a representative sample of 325 older adults living in Prague that we collected as a part of the cross-cultural project “The Measurement of Quality of Life in Older Adults and its Relationship to Healthy Ageing”. Set of instruments included the quality of life assessments (WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD), the Geriatric Depression Scale (GDS), The Attitudes to Ageing Questionnaire AAQ and Socio-demographic form. To identify determinants of various aspects of quality of life we ran regression analyses separately for each of the six WHOQOL-OLD and four WHOQOL-BREF dimensions. The strongest predictor across all quality of life dimensions was depression. The results confirm the importance of interventions and programmes promoting psychological well-being and preventing depressing in the elderly.

OBSAH

TEORETICKÁ / LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1 Stárnutí a stáří jako předmět výzkumu

1.1 Demografické stárnutí	10
1.2 Sociologické aspekty stárnutí	12
1.3 Psychopatologické aspekty stárnutí	13
1.3.1 Organické duševní poruchy	14
1.3.2 Deprese	15
1.4 Zdravé stárnutí	18

2 Kvalita života

2.1 Současný kontext pojmu kvalita života	21
2.2 Filosofická východiska pojmu kvalita života	22
2.2.1 Filosofické pojetí	22
2.2.2 Stručný přehled konceptů dobrého života	23
2.2.3 Současné teorie dobrého života	25
2.2.4 Nová témata diskuse o kvalitě života	27
2.3 Kvalita života a příbuzné pojmy	28
2.3.1 Osobní pohoda (well-being)	29
2.3.2 Štěstí a životní spokojenost	29
2.4 Definice kvality života	30
2.5 Měření kvality života	33
2.5.1 Instrumenty kvality života	34
2.6 Kvalita života v české odborné literatuře	35

3 Kvalita života v období stárnutí a stáří

3.1 Pojetí kvality života ve vyšším věku	38
3.2 Měření kvality života ve vyšším věku	39
3.2.1 Projekt Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD	41
3.3 Dosavadní výzkumy v ČR zaměřené na kvalitu života seniorů	42

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodika

4.1 Hypotézy	44
4.2 Projekt WHOQOL-OLD	45
4.2.1 Přehled metod použitých v projektu WHOQOL-OLD	45
4.2.1.1 Delphi metoda	46
4.2.1.2 Focus groups	46
4.2.1.3 Překlad položek a konstrukce dotazníkových škál	48

4.2.1.4 Pilotní studie a úprava dotazníků	49
4.2.1.5 Terénní studie	50
4.2.2 Dotazníkové šetření kvality života u souboru osob ve věku 18-59 let	50
4.3 Instrumenty	51
4.3.1 Krátká verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF	51
4.3.2 Dotazník kvality života pro starší populaci WHOQOL-OLD	52
4.3.3 Dotazník postojů ke stáří a stárnutí AAQ	54
4.3.4 Dotazník pro hodnocení nálady GDS	55
4.3.5 Formulář sociodemografických údajů	55
4.4 Soubory	55
4.4.1 Výběrový soubor pražské populace 60+	56
4.4.2 Výběrový soubor pražské populace 18-59	58
4.4.3 Soubor účastníků vzdělávání pro seniory	59
4.5 Analýza dat	60
5 Přehled výsledků	
5.1 Vliv sociodemografických a klinických proměnných na kvalitu života	61
5.1.1 Pohlaví a věk	61
5.1.2 Subjektivní zdravotní stav	65
5.1.3 Deprese	67
5.1.4 Rodinný stav	70
5.1.5 Socioekonomický status	71
5.1.6 Životní styl	74
5.2 Srovnání kvality života souboru seniorů a mladšího souboru	76
5.3 Prediktory kvality života	78
5.3.1 Prediktory domén WHOQOL-BREF	78
5.3.2 Prediktory domén WHOQOL-OLD	80
5.4 Srovnání souboru U3V a výběrového souboru žen 60-79	82
5.4.1 Kvalita života	83
5.4.2 Postoje ke stáří a stárnutí	83
6 Interpretace výsledků a diskuse	
6.1 Rekapitulace hypotéz	86
6.2 Diskuse	87
7 Závěry	
7.1 Význam a aplikace výsledků projektu	90
7.2 Prezentace výsledků projektu	92
Literatura	95
PŘÍLOHA 1 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF	105

PŘÍLOHA 2 Dotazník kvality života pro starší věk WHOQOL-OLD	108
PŘÍLOHA 3 Dotazník postojů ke stáří a stárnutí AAQ	115
PŘÍLOHA 4 Geriatrická škála GDS	120
PŘÍLOHA 5 Formulář sociodemografických údajů	121

Úvod

Předmětem této práce je kvalita života v období stárnutí a stáří. Na začátku se nabízí otázka, nakolik je kvalita života předmětem klinické psychologie. Je i není, stejně jako je i není předmětem filosofie, sociologie, medicíny a dalších odvětví. Je to s výzkumem kvality života podobné jako s jinými mezioborovými disciplínami, které hledají své odpovědi bez respektu k hranicím současných výkladových systémů. Vlastně má zkoumání kvality života interdisciplinární charakter právě proto, že kvalita života představuje koncept společný všem vědám o člověku.

Úkolem teoretické části je proto mimo jiné pojednat o různých pojetích kvality života a definovat to pojetí, které se studuje ve vztahu ke zdraví a bývá někdy označováno jako „health-related quality of life“. Podíváme se na historii pojmu v 20. století, kdy se o „kvalitě“ života se začalo mluvit v onkologii a neonatologii, v souvislosti s novými možnostmi poválečné medicíny prodloužit život nevyлéčitelně nemocným nebo zachovat při životě těžce poškozené novorozence. Odtud se myšlenka, že cílem léčby není jen zachovat život, ale zlepšit nebo alespoň udržet kvalitu života, rozšířila do všech odvětví medicíny coby potřebná kompenzace její technologické orientace. Zkoumání kvality života, o kterém hovořil v roce 1996 prof. Norman Sartorius na mezinárodním kongresu kvality života ve Vídni jako o sociálním hnutí, se v 21. století stalo etablovaným interdisciplinárním vědním odvětvím, které vyvinulo moderní psychometrické postupy, propojuje kvantitativní a kvalitativní metodologii a účinně aplikuje své poznatky v praxi.

V praktické části práce se chceme prostřednictvím sledování kvality života dozvědět, nakolik tento ukazatel vyjadřující subjektivní hodnocení životní situace odráží objektivní změny, ke kterým dochází v období a stárnutí a stáří, a které z těchto změn jsou pro subjektivně pociťovanou kvalitu života nejdůležitější. Vycházíme z dosavadních výzkumů kvality života seniorů, které jsou shrnuty v teoretické části, a omezujeme se na analýzu vybraných sociodemografických, zdravotních a psychologických proměnných. Jinak řečeno, praktická část se snaží odpovědět na otázku, co ovlivňuje kvalitu života ve starším věku, a zda jsou pro spokojený život ve stáří rozhodující charakteristiky biologické (věk, zdravotní stav), psychologické (depresivita a postoje, sociální (rodinný stav, vzdělání) nebo ekonomické (finanční situace).

Závěrem je třeba doplnit, že v této práci využívám dat dvou projektů, za které jsem byla v posledních letech zodpovědná, a to mezinárodního projektu „Měření kvality života a její vztah ke zdravému stárnutí. WHOQOL-OLD“¹, financovaného Evropskou komisí a koordinovaného Světovou zdravotnickou organizací, a národního výzkumného projektu „Adaptace a validizace metody měření kvality života pro klinickou praxi“².

¹ „The Measurement of Quality of Life in Older Adults and its Relationship to Healthy Ageing. WHOQOL-OLD.“ European Commission Framework V. Programme – QLK6-2000-00320. Projekt probíhal v letech 2001-2004.

² Programový projekt č. NO/7695-3 podpořený Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR. Projekt probíhal v letech 2003-2005.

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ JAKO PŘEDMĚT VÝZKUMU

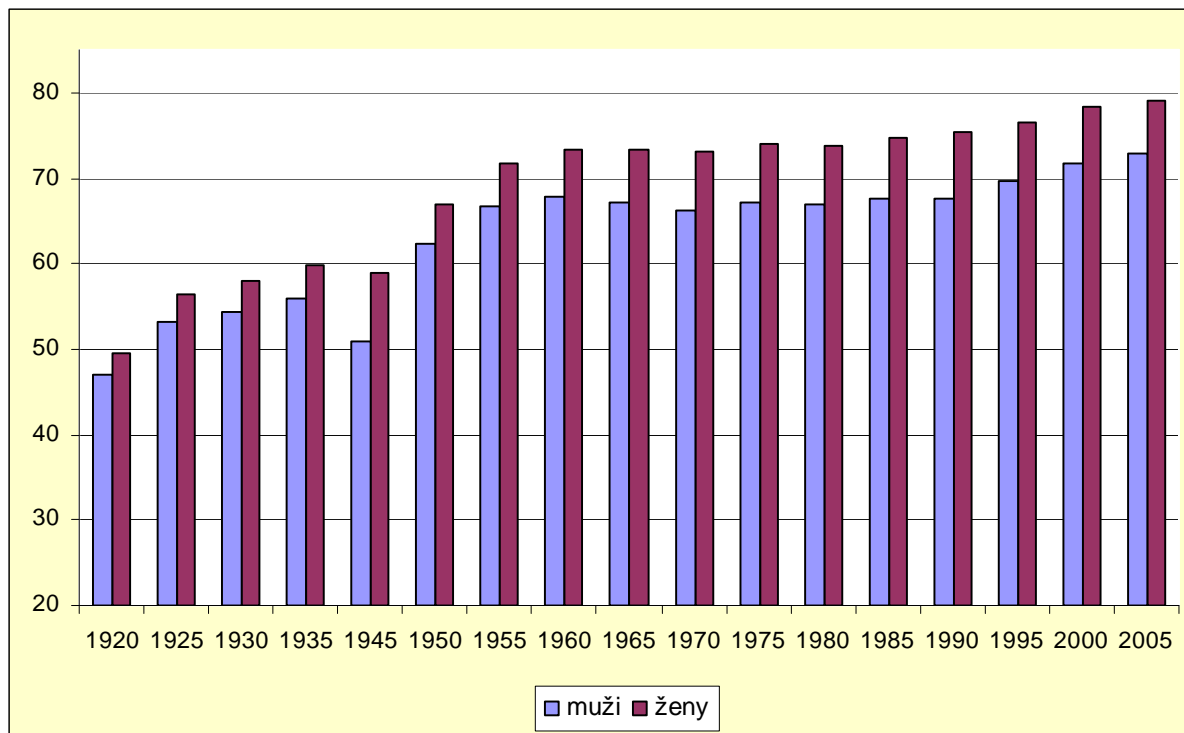
V posledních desetiletích došlo k dramatickému prodloužení lidského věku, což podnítilo rozvoj nové vědní disciplíny, gerontologie, a vneslo nová témata do všech odvětví zabývajících se člověkem. Gerontologie zahrnuje teoretické disciplíny zkoumající příčiny a procesy stárnutí, klinické obory (geriatrie) a sociální obory (sociální gerontologie, gerontopsychologie, gerontosociologie, geragogiku apod.). Ve světě vznikaly první gerontologické společnosti ve 40. letech, u nás byla samostatná gerontologická sekce lékařské společnosti ustavena v r. 1960. Od 80. let se v rámci gerontologie více uplatňují sociální přístupy, a tomu odpovídá i vývoj nové metodiky, včetně kvalitativní. Je zajímavé, že podobný vývoj pozorujeme i u zkoumání kvality života.

1.1 Demografické stárnutí

Máme mnoho dokladů o tom, že i v dřívějších dobách se lidé dožívali vysokého věku, často v plné fyzické a psychické aktivitě a beze ztráty tvůrčích schopností. Vývoj posledního století je pozoruhodný tím, že stárí přestává být výlučnou zkušeností, ale běžnou životní realitou, alespoň pro obyvatele ekonomicky rozvinutých zemí. Jednoduchým ukazatelem této skutečnosti je střední délka života, která se v evropských zemích pohybovala okolo r. 1910 v rozmezí 46 - 57 let pro muže a 47-59 let pro ženy, v porovnání se současným evropským průměrem, který činí 76 let pro muže, 81 let pro ženy a stále se zvyšuje (World Health Report, 1999; ÚZIS, 2006). Na našem území vzrostla od r. 1920 do současnosti střední délka života mužů z 47 na 73 let, tj. o 55 %, a střední délka žen z 50 na 79 let, tj. o 58 %³. Časová řada střední délky života za toto období odráží peripetie naší historie; přerušenou kontinuitu statistického sledování během války, vysokou úmrtnost mužů v posledním válečném roce, stagnaci v období rozvinutého socialismu, kdy jsme v úmrtnostních ukazatelích výrazně zaostali za západoevropskými zeměmi, i optimistický vývoj po r. 1990 v podobě zisku 5 let pro muže a 4,5 let pro ženy (graf 1).

³ Nejdelší střední délku života ve srovnání krajů ČR mají obyvatelé Prahy; muži se v průměru dožívají téměř 75 let, ženy 80 let (ÚZIS, 2006).

Graf 1 Vývoj střední délky života v ČR v období 1920 – 2005



Zdroj: ÚZIS 2006

Změny ve věkovém složení populace, o kterých se hovoří jako o populačním stárnutí nebo demografické revoluci, nejsou způsobeny jen prodlužující se délkou života, resp. snížením úmrtnosti, ale také klesající porodností. Zvyšující se počet osob vyššího věku vzhledem k počtu dětí se vyjadřuje tzv. indexem stárí (poměr osob ve věku 65 a více na 100 dětí do 14 let). V r. 2005 dosáhl index stárí v ČR hodnoty 95,5, výrazně nejstarším krajem je Praha s indexem stárí 126,3. Vysoká hodnota indexu stárí je způsobena především nízkým zastoupením dětí v populaci. Co se týče zastoupení osob ve věku 65 a více let, které v r. 2005 činilo 14,2 % (v r. 1990 12,6 %), patříme ve srovnání s průměrem EU mezi země s nižším podílem seniorů. Pro ekonomické účely se používá koeficient závislosti starší populace, vyjádřený jako podíl populace 65leté a starší na populaci v produktivním věku, tj. ve věku 15-64 let⁴. Demografické analýzy slouží jako podklad pro návrh sociálně ekonomických opatření včetně důchodové reformy a stanovení věkové hranice nároku na důchodové zabezpečení. Další důležitou charakteristikou demografického vývoje je výrazný nárůst osob pokročilého

⁴ V r. 2000 byl index závislosti v ČR 20, průměr EU 24 (EPC, 2003).

stáří⁵ a přibývajícím počtem žen, což je třeba brát při plánování zdravotní a sociální péče také v úvahu.

Ze statistických údajů je zřejmé, že se za hranici stáří běžně považuje 65 let, v celosvětových srovnáních (např. World Health Report publikovaný Světovou zdravotnickou organizací) to je 60 let. Světová zdravotnická organizace člení lidský věk podle 15letých period; 44-59 let představuje střední věk, 60-74 let rané stáří, 75-89 pravé stáří neboli sénium a 90 a více let dlouhověkost, kmetství. Pro srovnání - Komenský ve své periodizaci lidského života považoval za kmeta muže staršího 42 let (in Ort 2004) a v 19. století se za kmetický věk, jak známe z literatury, považovalo překročení padesátky.

Existují další členění, např. na mladší stáří (65-74 let) a starší stáří (75 a více let) nebo na čtyři období, a to mladé stáří (60-69 let), zralé stáří (70-79 let), pokročilé stáří (80-89 let) a velmi pokročilé stáří (90 a více let). Období stáří se často označuje jako „třetí věk“, navazující na „první“ (dětství) a „druhý“ věk (dospělost). Někteří autoři označují termínem „třetí věk“ pouze aktivní poproduktivní věk a období, kdy je člověk závislý na péči ostatních, nazývají „čtvrtým věkem“ (Stuart-Hamilton, 1999).

1.2 Sociologické aspekty stárnutí

Společnost si vytváří představy o stáří nezávisle na demografické realitě. V průzkumu reprezentativního vzorku české populace⁶ 90 % respondentů nadhodnotilo podíl osob starších 64 let v naší společnosti, někteří odhadovali, že podíl starých lidí v naší populaci dosahuje třetinu i více. 40 % respondentů hodnotilo stárnutí populace jako špatný vývoj, pouze 5 % ho hodnotilo pozitivně. Autoři průzkumu (Vidovičová, 2003) to přičítají vlivu médií, které o stárnutí populace referují jako o „problému“ a „krizi“.

Podobně si ovšem lidé tvoří své představy – sociologové by řekli, že je „konstruuji“ - i o jiných aspektech stáří, než je jeho demografický výskyt. Další otázkou zmíněného výzkumu bylo, jaké znaky jsou typické pro stáří, resp. podle čeho vnímáme člověka jako starého. Respondenti udávali tyto znaky (seřazeno podle frekvence): fyzický stav, věk, ztráta duševní svěžesti, ztráta autonomie, potíže přizpůsobit se změnám, odchod do důchodu, potíže s řešením problémů a narození vnoučete. Málo četné zastoupení odpovědi „odchod do důchodu“ (zmínilo ji jen 17 % respondentů) může být podle autorů důsledkem nízké důchodové hranice, která způsobuje, že ženy prožijí čtvrt století jako důchodkyně. Výzkum

⁵ V r. 2005 žilo v ČR 321532 osob ve věku 80 a více let (3,2 % celé populace)

⁶ Výzkumný projekt Population Policy Acceptance II (PPAII) koordinovaný prof. L. Rabušicem, MU Brno

dále ukázal, že občané očekávají od státu velkou zainteresovanost v oblasti zdravotní péče a péče o staré lidi, což uvádí Srnec (1999, 2002) jako důsledek poručnictví paternalistického státu, který občany naučil, že stát je povinen se o své občany postarat, a vedl tak k oslabení jejich (našeho) smyslu pro osobní zodpovědnost.

Seniory tedy podle citovaného výzkumu (Vidovičová, 2003) vnímáme jako pasivní osoby, které přijímají péči od státu, na což mají nárok, pro společnost to ale představuje zátěž a povede to ke „krizi“.

Podobné výzkumy jsou důležité v tom, že zasazují obecné poznatky o sociální roli stáří do soudobého kontextu. Je zjevné, že životní styl dnešních sedmdesátníků neodpovídá tomu, co se o stáří psalo před pár desetiletími. Arbitrární hranice stáří neodpovídá sociologickému obrazu. Stáří je v očích veřejnosti často ztotožňováno s výrazným zhoršením zdraví a ztrátou soběstačnosti, tedy s „nemocným“ stářím. Ke snížení společenské prestiže přispívá především opuštění profesní role, další podstatný znak, který člověka zařazuje do seniorské populace. Je známo, že sociální status závisí na povaze profese, prestiži profese, podílu na moci, dosaženém vzdělání a způsobu života. Odchod do důchodu proto představuje statusovou újmu. Období aktivního vyššího věku, kdy člověk přestává být ekonomicky produktivní, ale není „křehkým gerontem“ vyžadujícím péči, nemá pojmenování ani není vymezeno v pojmech očekávaného chování a předepsaných sociálních rolí. Haškovcová (1999) hovoří v této souvislosti o ztrátě role, o NE roli, ve které se člověk v poproduktivním období ocitá. Říčan (2005) doporučuje, aby se nehovořilo o „odchodu“, ale o „vstupu“ do důchodu. Zdůrazňuje se nutnost naplnit stáří novými rolemi, aktivními a produktivními, jako je další vzdělávání, neplacená zájmová a dobročinná práce, péče o velmi staré rodiče apod., aby stáří nepředstavovalo ztrátu programu a společenskou exkluzi.

V širším sociálním kontextu se uvádí (Ort 2004, Rabušic 1995), že nízké sociální postavení seniorů je důsledkem sociálních změn moderní společnosti, spojených s rozpadem rodiny a tradičních sociálních struktur a přeměnou charakteru práce. Ideálem současné doby charakteristické individualismem a především rychlým rozvojem technologií, je výkonný asertivní člověk se znaky mládí, ať už v oblékání, chování, myšlení nebo vzhledu.

1.3 Psychopatologické aspekty stárnutí

Ve stáří vzrůstá vliv individuálních rozdílů, přesto lze nalézt charakteristiky, které jsou pro toto období typické. Stáří je většinou spojeno s ukončením profesní dráhy, změnou životního stylu v důsledku zhoršené finanční situace a ubývajících sil, zhoršením zdravotního

stavu, změnou časové perspektivy, nemocí nebo ztrátou partnera a případnou závislostí na péči. Velký zájem je věnován zejména odchodu do důchodu a vhodným strategiím, jak zabránit „penzijnímu kolapsu“; ideální způsob kombinuje tzv. disengagement, umění odejít, stáhnout se ze závazku a náročných aktivit s aktivním vytvářením nového programu. Švancara (1997) doporučuje k udržení hodnotného způsobu života ve stáří pět P, a to perspektivu, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé a potěšení.

Mění se hodnotové orientace. Podle výzkumů hodnotových preferencí (Ort, 2004) považují senioři za nejdůležitější zdraví (ve smyslu nezávislosti a soběstačnosti) a lidské vztahy. S věkem stoupá hodnota přikládána rodině a dětem, pomoci ostatním a mezigenerační pospolitosti, na rozdíl od mladšího věku, kde je v porovnání se staršími více ceněna hodnota „majetek“.

Za charakteristické psychické projevy stáří se pokládá zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace, poruchy paměti, především snížení všípivosti a výbavnosti, stereotypie úsudku, ochuzení fantazie a invence, klesající schopnost psychické adaptability, obrat k introverzi, introspekci a egocentrismu a citová labilita. Na druhé straně se posiluje systematičnost, důslednost a důkladnost, stoupá rozhled a zájem o všeobecnou informovanost, lepší se schopnost rozlišovat tóny, barvy a obecné detaily, udržuje nebo rozšiřuje se slovní zásoba. Předpokládá se, že zhoršení kognitivních schopností je způsobeno především nižší kapacitou na zpracování informací danou poklesem výkonnosti (nebo úbytkem) nervových buněk. Snížené jsou především výkony, které předpokládají rychlé reakce na složité podněty, popř. vyžadují rychlé odfiltrování informačního šumu. Uvádí se také postupný pokles inteligence, především její fluidní složky, již od 25 let, zatímco verbální schopnost zůstává zachována. Někteří autoři však tyto tradované poučky zpochybňují a přičítají je do značné míry kohortovému efektu, resp. době, ve které byly tyto výzkumy provedeny (Stuart-Hamilton, 1999).

1.3.1 Organické duševní poruchy

Vedle přirozených projevů stárnutí se psychologie, resp. gerontopsychologie nebo geriatrie, zabývá duševními poruchami, které se vyskytují převážně ve vyšším věku. Závažným organickým onemocněním jsou demence, duševní poruchy projevující se úbytkem kognitivních funkcí, poruchami emotivity a chování. Podle příčin se rozlišují demence primárně degenerativní (např. Alzheimerova choroba), způsobené chybným štěpením a ukládáním patologického proteinu v mozku, a demence sekundární, vyvolané jiným

postižením CNS, nejčastěji vaskulárním onemocněním, ale také záněty, nádorovým nebo metabolickým onemocněním. Uvádí se (Jiráček, 2002), že ve věku 65 let trpí demencí okolo 5 % populace, z čehož se v polovině případů jedná o Alzheimerovu chorobu. Výskyt demence s věkem stoupá, obvykle každých pět let dojde ke zdvojnásobení počtu postižených. Vedle farmakoterapie se přikládá velký význam podpůrným terapiím, které pacienty aktivizují, navozují pozitivní emoce a zlepšují jejich interakce s okolím. Je nutno věnovat pozornost také rodinným příslušníkům, protože péče o pacienty v rodině představuje značnou zátěž. U nás vznikla na podporu péče o pacienty s tímto postižením Česká alzheimerovská společnost, jako zastřešující odborná organizace, a Gerontocentrum, jako klinické pracoviště, obojí spojené se jménem Ivy Holmerové. Gerontocentrum poskytuje doléčovací rehabilitační péči v lůžkovém zařízení, má denní stacionář pro pacienty s demencí, nabízí domácí péči a další služby, např. zavedlo jednu z prvních internetových kaváren pro seniory, a je především průkopníkem na poli psychosociálních intervencí. V současné době je Gerontocentrum koordinátorem rozsáhlého výzkumu, který využívá dotazníky kvality života a postojů ke stáří (zde prezentovaných v praktické části) k ověření vlivu taneční a reminiscenční terapie u seniorů žijících v domovech důchodců.

Používaným nástrojem na skrínink kognitivního deficitu je u nás Orientační test kognitivních funkcí (MMSE – Mini-Mental State Examination; Folstein, 1975). Test obsahuje úkoly, za které je respondent ohodnocen body v rozmezí od 0 – 30. Výsledek 27- 30 bodů neukazuje na kognitivní poruchu, 25-26 znamená možnost mírné kognitivní poruchy, 10-24 se interpretuje jako mírná až středně těžká kognitivní porucha a 0-9 jako těžká kognitivní porucha. V naší práci jsme se zaměřili na seniory žijící ve svých domácnostech a míru případného kognitivního deficitu jsme nesledovali, abychom nerozšiřovali již tak obsáhlou baterii instrumentů.

1.3.2 Deprese

Vedle psychických poruch přímo vyvolaných somatickým onemocněním, jako je pseudoneurastenie, dochází ve stáří k vyššímu výskytu deprese a depresivní symptomatiky. Velmi časté jsou poruchy spánku, chuti k jídlu, smutná nebo rozmrzelá nálada a pesimistický pohled na budoucnost. O diagnóze deprese, resp. klinické depresi hovoříme, pokud tyto příznaky dosáhnou kritérií stanovených Mezinárodní klasifikací MKN-10 pro depresivní epizodu. Diagnóza deprese ve stáří je ztížena tím, že pacienti přestávají komunikovat nebo udávají jen somatické obtíže. Časté jsou příznaky somatického syndromu (tabulka 1). Výskyt depresivních symptomů se ve stáří odhaduje na 12-15 %, u seniorů žijících v ústavní péči se

někdy udává až 30-50 % (Baštecký, 1994; Kalvach, 2004). Zahraniční výzkumy, které zjistily v domovech důchodců klinickou depresi u 6-14 % a subklinickou depresi u dalších 25 % residentů, tyto odhady zhruba potvrzují (Jongenelis, 2004; Eisses, 2004).

Tabulka 1 Kritéria MKN pro diagnózu depresivní epizody (F32)

obecná kritéria	A. depresivní epizoda by měla trvat alespoň dva týdny B. v průběhu života jedince se nevyskytly příznaky hypomanické nebo manické epizody (F30) C stav není způsoben užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) nebo organickou duševní poruchou (F00-F09)
hlavní příznaky (nutná přítomnost alespoň dvou)	1. depresivní nálada v míře pro jedince abnormální, po většinu dne a téměř každý den, trvající aspoň 2 týdny; 2. ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné; 3. pokles energie nebo zvýšená unavitelnost
přídavné příznaky (počet příznaků udává, zda se jedná o lehkou, středně těžkou nebo těžkou depresi)	1. ztráta sebevědomí nebo sebeúcty; 2. bezpředmětné výčitky vůči sobě a pocity viny; 3. opakované myšlenky na smrt, suicidální chování; 4. snížená schopnost myslet, rozhodovat se nebo se soustředit; 5. změna psychomotorické aktivity – agitovanost nebo zpomalení; 6. poruchy spánku; 7. změna chuti k jídlu
somatický syndrom	1. zřetelná ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné; 2. nedostatek emočních reakcí na události, které by je normálně vyvolaly; 3. ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou; 4. deprese je těžší ráno; 5. výrazná psychomotorická retardace nebo agitovanost; 6. výrazná ztráta chuti k jídlu; 7. úbytek hmotnosti (o 5 % nebo více za poslední měsíc); 8. zřetelná ztráta libida

Zdroj: Smolík, 1996

Za příčiny deprese ve vyšším věku se považuje ztráta uspokojení v profesní činnosti, pokles společenského uznání, méně sociálních aktivit a ztráta nejbližších vztahů, osamělost.

Zajímavou hypotézu nabízí sociobiologie (Price in Höschl, 2002, s. 425). Předpokládá, že deprese, resp. depresivní, stažené chování se vyvinulo jako součást mechanismu, který chrání jedince před agresí ostatních, a navíc skupině živočichů, kteří žijí spolu, umožňuje lépe spolupracovat bez ztráty energie, kterou by odčerpávalo vnitrodruhové soupeření. Tento mechanismus se nazývá hierarchie dominance a vyjadřuje uspořádání, kdy jsou jedinci vůči sobě nadřazení, resp. podřízení. Uspořádání jedinců v hierarchii dominance je udržováno čtyřmi základními reakcemi, a to úzkostí vůči nadřazeným, podrážděností vůči podřízeným, pocity slasti při vzestupu v sociálním žebříčku a pocity smutku, deprese při sestupu v žebříčku. K sestupu v hierarchii dominance dochází při zranění, onemocnění, ve stáří a při ztrátě spojení s dominantním partnerem. V čem je deprese pro jedince výhodná?

Sociobiologie se domnívá, že depresivní příznaky chrání oslabeného jedince před konfrontací a zvyšují pravděpodobnost, že zůstane naživu. Je tedy možné, že deprese, tak jak o ní mluvíme dnes u člověka, je patologickou fixací tohoto mechanismu, jinak výhodného. Nelze ignorovat, že se deprese u člověka objevuje v situacích, které jsou zde popsány; při nemoci, ztrátě soběstačnosti, ztrátě blízkého člověka. Za podporu sociobiologické hypotézy se např. považuje existence depresivní premenstruální rozlady jako relikty deprese doprovázející periodický pokles postavení samic v období jejich sexuální nepoužitelnosti.

Podobně se na depresi a úzkost dívá evoluční psychologie (Gullone, 2000). Oponuje tradičnímu pohledu, podle kterého je psychopatologie způsobená neadaptivními chybami, dysfunkcemi nebo poruchami. Psychopatologii, resp. psychické stavy nahlíží jako projevy adaptivní strategie, jako uplatnění biologicky připravených pravidel, která se ukázala být v určitém prostředí výhodná. Na podporu této domněnky uvádí, že výskyt úzkosti a deprese v populaci je tak vysoký, že geny s těmito rysy musely v evoluci přinášet jedinci nesporné výhody, aby došlo k jejich pozitivní selekci. Nadměrná opatrnost a bázlivost a stažené, pasivní chování s vyhýbáním se konfliktu zřejmě bylo pro přežití výhodné. Evoluční teorie poukazuje na to, že se v posledních několika stoletích dramaticky proměnilo prostředí, na které jsme se ve fylogenezi druhu adaptovali dva miliony let.

Wilson (in Gullone, 2000) ve své hypotéze biofilie jde ještě dále a nabízí vysvětlení, proč se v současné době prevalence psychopatologických jevů, jako je deprese a úzkost, stále zvyšuje. Biofilii rozumí Wilson vrozenou afinitu člověka k životu, procesům života a obecně k přírodě⁷. Považuje některé naše preference (např. určitého typu krajiny) nebo naopak fobie (z hadů, pavouků) za důsledek predispozic daných evolucí. Za ještě podstatnější považuje, že je s přírodním prostředím svázána naše schopnost se vypořádat se stresem a dokládá to množstvím výzkumů včetně fyziologickým experimentů sledujících rychlost odeznění stresové reakce. Pokud kontakt s přírodou působí protektivně proti nežádoucím účinkům stresu, pak život v „umělém“ prostředí města vede k jejich nárůstu, včetně zvyšujícího se výskytu úzkosti a depresivní symptomatiky. Bylo by zajímavé ověřit, do jaké míry vysvětluje hypotéza biofilie kladný vliv, který má na člověka soužití se zvířaty a pobyt v přírodním prostředí, a jak těchto poznatků využít pro zlepšení života lidí v zařízeních sociální péče.

Sociobiologie a evoluční psychologie tedy nabízejí možné vysvětlení vysokého výskytu deprese ve stáří, o jehož biologickém podkladu se spekuluje (Baštecký, 1994).

⁷ „innate tendency to focus on life and lifelike processes“ (Gullone, 2000)

Pro měření závažnosti deprese se u nás používá Hamiltonova, Beckova nebo Zungova posuzovací škála (Filip, 1997). Pro účely našeho šetření jsme použili českou verzi Geriatric Depression Scale (Yesavage 1983), určenou původně pro starší populaci.

1.4 Zdravé stárnutí

Existují různé teorie stárnutí, vycházející z dílčích procesů, ke kterým v průběhu stárnutí dochází. Stárnutí se přičítá chybné replikaci proteinů (které způsobují např. Alzheimerovu chorobu a jiné degenerativní nemoci), autoimunitním procesům, degeneraci buněk volnými radikály nebo jinými buněčnými odpadními produkty, popř. biologickému limitu obměny buněk. Evoluční teorie předpokládají, že je organismus naprogramován na to, aby zreplikoval své geny, a jeho další existence není z biologického pohledu nutná.

Pozorujeme jednak univerzální znaky stáří, společné pro všechny jedince, jako jsou změny na kůži, jednak probabilistické znaky, ve stáří časté, nikoli však nezbytné, jako jsou poruchy pohyblivosti nebo vysoký krevní tlak. Definice stáří jako „postvývojové fáze, v níž již byly realizovány všechny latentní schopnosti vývoje a zůstávají pouze nové působící možnosti poškození“ (Stuart-Hamilton, 1999) nám příliš nepomůže ve stanovení toho, co je zdravé, biické, a co patické stáří. Klinicky zaměřená gerontologie si v dobách svého vzniku kladla za cíl především zlepšit péči o nemocné stáří, což ovlivňovalo volbu metod a předmět gerontologických výzkumů. V posledních desetiletích se obrací zájem na to, jak vypadá „normální“, „zdravé“ stárnutí a jaké faktory jej ovlivňují. Aplikace těchto poznatků v podobě prevence nemocí a změny životního stylu se označuje jako „úspěšné stárnutí“, popř. „aktivní stáří“. Předpokládá se, že o délce života rozhodují z 60-70 % genetické vlivy a z 30-40 % vnější podmínky, a to především kvalita sociálního prostředí, udržování fyzické zdatnosti, stravovací návyky a postoje k sobě samému i ke svému okolí (Štilec, 2004).

Zdravé stárnutí je cílem výzkumné iniciativy GERNet (Global Ageing Research Network) sdružující spolupracovníky z 12 zemí⁸ s důrazem na zastoupení nejrůznějších oborů, jako je psychologie, sociologie, antropologie, sport a rekreační aktivity, veřejné zdravotnictví, epidemiologie, ošetřovatelství, medicína, sociální politika a demografie. Na základě rešerše výzkumů a teoretických poznatků navrhuje pět oblastí, na které by se měly zaměřit programy podporující zdravé stárnutí (tabulka 2).

⁸ Austrálie, Čína, Indie, Itálie, Lucembursko, Malta, Nizozemsko, Rakousko, Řecko, Spojené státy, Švédsko a Velká Británie

Tabulka 2 Oblasti výzkumu ve vztahu ke zdravému stárnutí

<i>oblasti</i>	<i>faktory</i>	<i>indikátory</i>
<i>fyzický a funkční stav</i>	nedostatečná fyzická aktivita, nevhodná strava a kouření	dostupnost a kvalita péče, schopnost vykonávat běžné činnosti (ADL měření)
<i>kognitivní funkce</i>	vedle genetických faktorů je kognitivní stav podmíněn získanými dovednostmi, jak pracovat se zachovanými schopnostmi a kompenzovat jejich úbytek	pozitivní indikátory jako je sebeúcta, nezdolnost, subjektivně pocíťovaná kontrola a psychická pohoda
<i>zdroje sociální opory</i>	nedostatečná sociální síť je rizikovým faktorem špatného zdravotního stavu, dobré sociální vztahy naopak pomáhají kompenzovat problémy stárnutí;	míra sociální podpory, blízké vztahy a další podpůrné sociální zdroje),
<i>každodenní aktivity</i>	identita, status, role	produktivní činnosti v širokém slova smyslu, placené nebo neplacené, rekreační činnosti
<i>hmotné zabezpečení</i>	úroveň bydlení, výživy, socioekonomický status	typ bydlení, strava, dostupné služby, bezpečí, finanční prostředky

Zdroj: Hawkins, 2005

Vliv jednotlivých faktorů je ve výzkumech dobře doložen, méně se toho ví o jejich vzájemných interakcích, protože to vyžaduje multidisciplinární přístup. Iniciativa GARNet si klade za cíl tuto mezeru doplnit.

V prospektivních studiích rizikových a protektivních faktorů zdravého stárnutí se většinou začínají sledovat zkoumané osoby od věku 50-60 let, což s sebou nese opomenutí mnohých proměnných i určité zkreslení výběru. Tato omezení překonalo jedinečné longitudinální sledování dvou souborů mužů po dobu šedesáti let (Vailant, 2001).

V r. 1940 bylo do studie zařazeno 268 studentů střední školy v Harvardu a 456 mladíků žijících v sociálně horších podmínkách vnitřní části města. Do tohoto souboru nebyly zařazeny osoby, které měly problém se zákonem, měly nižší IQ nebo předčasně ukončily školu. Mezi sledované prediktory patřilo kouření ve věku 15-50 let, závislost na alkoholu, ukazatel tělesné hmotnosti BMI ve věku 50 let, délka školní docházky (jen pro neuniverzitní soubor), pravidelná tělesná aktivita, stabilní manželství v období do 50 let, typ obranných mechanismů ve věku 47 let (za adaptivní se považovala suprese, humor, altruismus, anticipace a sublimace; za nezralé projekce, schizoidní fantazie, agování, pasivní agrese, disociace a hypochondrie), deprese do věku 50 let, sociálně ekonomická třída rodiny, vřelost

rodinných vztahů v dětství (objektivní hodnocení dvěma posuzovateli), rodinná dlouhověkost, temperament, resp. výskyt problémů v raném dětství (podle výpovědi rodičů) a zdravotní stav ve věku 50 let (posouzeno lékařem). Úspěšné stárnutí bylo definováno několika ukazateli, jako je objektivní a subjektivní hodnocení tělesného stavu, léta aktivního života bez postižení, duševní stav, životní spokojenost a kvalita sociálních vztahů. Příznivý, resp. nepříznivý stav ve věku 70-80 let byl vyjádřen souhrnným hodnocením od 1 do 4, kde 1 znamenalo dobrý tělesný a duševní stav a dobré psychosociální fungování, 2 označovalo buď tělesné potíže nebo zhoršení psychosociálního fungování, 3 znamenalo potíže v obou oblastech a 4 bylo přiřazeno k těm, kteří se věku katamnézy nedožili. Věku 65 let se nedožilo 25 % osob v neuniverzitním souboru a 20 % trpělo zdravotním postižením, což přibližně odpovídalo počtu zemřelých a zdravotně postižených v univerzitním souboru ve věku 75 let. Bližší analýzy ukázaly, že tyto rozdíly nesouvisí ani se socioekonomickým původem ani s výší IQ měřeného v mládí, současným příjmem nebo povoláním, ale pouze s počtem let školní docházky. Osoby z neuniverzitního vzorku (žijící v méně příznivých sociálních podmínkách), které absolvovaly 16 a více let školní docházky, se od univerzitního souboru nelišily. Dalším důležitým výsledkem bylo, že úspěšnost stárnutí závisela na proměnných, které se týkaly života zkoumaných osob ve věku 20 – 50, přičemž vliv těchto faktorů nebylo možno oddělit, byly vzájemně provázané. Silný protektivní vliv měla nepřítomnost problémů s alkoholem a kouření, a to svou vazbou na dobrou úroveň sociálních vztahů, která bývá dávána do příčinné souvislosti s dobrým zdravotním vztahem. Zajímavé také bylo, že charakteristiky původní rodiny, které jedinec nemůže ovlivnit, jako je sociální postavení rodičů, emočně nepříznivá rodinná atmosféra a rodinná predispozice k dlouhověkosti, neměly na úspěšnost stárnutí významný vliv. Výzkum potvrdil vliv psychologických charakteristik (adaptivní mechanismy, deprese) na zdravotní stav a upozornil na to, že studium izolovaných rizikových nebo protektivních faktorů přispívá k pochopení zdravého stárnutí jen omezeně.

2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je pojem používaný v mnoha oblastech lidské činnosti. Může zahrnovat charakteristiku přírodního a sociálního prostředí člověka, jeho fyzický a psychický stav, otázky smyslu a užitečnosti života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní pohody a spokojenosti.

V medicíně a psychologii se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“⁹ (WHO, 1946), než morbidita a mortalita. Považuje se za pozitivní ukazatel celkového stavu jedince, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence.

2.1 Současný kontext pojmu kvalita života

Do povědomí moderní společnosti tento pojem vnesli kritici politiky neomezeného ekonomického růstu, kteří upozorňovali na dopad extenzivního rozmachu průmyslu na budoucí podmínky „dobrého života“. Pojmem „kvalita života“ vyjadřovali obavy o kvalitu vnějších podmínek pro život, popř. polemizovali se ztotožněním ekonomického růstu s „dobrým životem“ a upozorňovali na to, že do koncepce dobrého života patří kromě materiálního blahobytu také vnitřní kvalita lidského života. Po druhé světové válce se pojmy jako „štěstí“, „well-being“¹⁰ a „kvalita života“ staly cílem sociálních programů. Vzniká nový interdisciplinární obor, výzkum kvality života, který má poskytnout podklady pro návrh a hodnocení účinné sociální politiky (Musschenga, 1997). V medicíně zatím probíhala diskuse o hodnotě léčby a medicíny. Na rozdíl od sociálních věd, kde pojem „well-being“ představoval žádoucí protiklad k „materiálnímu blahobytu“, se v lékařství více ujal pojem „kvalita života“ coby protiklad ke „kvantitě života“, tj. délce přežití. Vzhledem k převaze chronických onemocnění byla léčba často jen částečná, nejistá a dočasná, navíc s nepříjemnými vedlejšími účinky. Termín „kvalita života“ vyjadřoval, že je při rozhodování v medicíně třeba brát ohled také na to, jaké strádání léčba pacientovi způsobí a nakolik mu pomůže si zachovat nezávislost a vykonávat běžné životní role. Zpočátku se diskutovalo

⁹ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“. Preamble ústavy Světové zdravotnické organizace přijaté 22.7.1946 v New Yorku.

¹⁰ Slovo „well-being“ nemá v češtině uspokojivý jednoslovný ekvivalent. Kadlec (1991) navrhuje používat anglickou podobu a jeho význam opisuje jako „setrvalý pocit, že je člověku dobře, prožívání pohody, štěstí a spokojenosti, přičemž tato subjektivní kritéria by měla vždy být v relativním souladu s kritérii objektivními“. V této práci používám anglickou podobu termínu, pokud se hovoří o obecných teoriích a českou podobu „osobní pohoda“, pokud se hovoří o psychologické charakteristice.

především o invazivních typech léčby, jako je chemoterapie, dialýza nebo transplantace, nebo o oprávněnosti život zachraňující léčby u těžce postižených novorozenců. „Kvalita života“ se chápala jako objektivní kritérium, které může být hodnoceno zvenčí jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Postupně se přesouval důraz na subjektivní stránku kvality života a kvalita života se začala používat pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra dlouhodobých onemocnění, postižení a nepříznivých životních okolností.

2.2 Filosofická východiska pojmu kvalita života

V aplikovaných disciplínách se uvažuje především JAK kvalitu života zlepšit, změřit, srovnávat, zatímco otázka CO to kvalita života vlastně je, jaké je její vymezení, se většinou odbývá standardně používaným tvrzením o nejednoznačnosti pojmu, desítkách definic a „vícedimenzionálním“ charakteru tohoto pojmu. Různá pojetí a definice přisuzují kvalitě života různou mírou subjektivity. Obecně lze říci, že se pojem kvality života pohybuje někde mezi životní úrovní a spokojeností, přičemž objektivnímu pólu je blíže v politice a ekonomii a subjektivnímu v medicíně, sociologii a psychologii. Život se zde nechápe jako tvůrčí síla, pohyb a vývoj, ale jako souhrn životních činností, a kvalitou života se rozumí celková životní situace člověka zahrnující materiální kontext jeho bytí stejně jako jeho prožívání a směřování (aspirace).

Za podstatné znaky kvality života se považuje komplexnost, subjektivita a měřitelnost. V tomto pojetí není kvalita života filosofickou kategorií, ale metodologickým konstruktem, který převádí subjektivní a kvalitativní vlastnost do podoby měřitelné proměnné. Pokud nás zajímají filosofická východiska, je třeba opustit operacionálně stanovený pojem „kvalita života“ a místo toho učinit předmětem úvahy dobrý, správný nebo šťastný život.

2.2.1 Filosofické pojetí

Dobro je definováno jako „to, co může zdokonalit jsoucí, a proto je pro něj tím, oč je třeba usilovat“ (Bruger, 1994). Rozlišuje se konkrétní dobro od dobra ve smyslu hodnoty, tj. vnitřního základu dobrého bytí. Rozdělení hodnot podle obsahu na statky materiální, biologické (např. zdraví), psychologické (např. slast) a duchovní (intelektuální, estetické, mravní) se shoduje s obvyklým členěním oblastí kvality života a potvrzuje obsahovou podobnost obou pojmů. Pojem „dobrý život“ ovšem odkazuje k ideálu a uvažuje se o něm v určitém etickém rámci, zatímco „kvalita života“ se používá jako pojem technický, s kladnými i zápornými hodnotami, bez nutnosti vymezit etická východiska, přičemž za

obecně sdílený ideál, „dobro“, resp. „kvalitu“, se považuje spokojenost ve smyslu subjektivního kladného prožívání určité skutečnosti nebo ve smyslu uspokojení potřeb.

Brock (in Musschenga, 1997) rozlišuje tři hlavní pojetí dobrého života, resp. štěstí: (1) hédonistické, které chápe štěstí jako emoční stav; (2) teorie naplnění cílů, které chápou štěstí jako splnění životního plánu a (3) teorie, které chápou dobrý život, resp. štěstí jako realizaci specifických závazných ideálů, radostí „vyššího typu“. Tato pojetí nejsou podle Brocka v rozporu, ale každé z nich popisuje jiný aspekt toho, co nazýváme štěstím. Jinak řečeno, člověk je šťastný tehdy, pokud ho těší život, je s ním spokojený a považuje jej za cenný a smysluplný. Výzkumné studie ukazují, že tyto tři aspekty spolu korelují jen mírně a v průběhu životního cyklu se jejich relativní váha proměňuje, např. ve starším věku se snižuje kladné emoční naladění, ale zvyšuje spokojenost s naplněnými cíli.

Otázka po spokojeném, šťastném a "kvalitním" životě je pro člověka zásadní a je od nepaměti v popředí filosofických úvah, především v rámci filosofické etiky. Současná diskuse o podstatě lidského dobra (přičemž se užívá především termínů „štěstí“ a well-being“) se inspiruje především aristotelovským konceptem „eudaimonie“ a teoriemi utilitarismu a hédonismu, které vznikly v ovzduší anglického empirismu.

2.2.2 Stručný přehled konceptů dobrého života

Aristoteles v návaznosti na řeckou filosofii považuje za nejvyšší dobro „eudaimonii“¹¹, která představuje konečný cíl lidského konání v tom smyslu, že lidé usilují o jiné cíle proto, aby jim přinesly blaženost, ale nikdo neusiluje o blaženost proto, aby dosáhl něčeho jiného. „Blaženost“ není totožná s uspokojením, ale s naplněním naší lidské podstaty, což podle Aristotela znamená rozvoj našich rozumových schopností a uskutečňování toho, co rozumově považujeme za dobré. Ideálem je racionální, vyrovnaný a nezávislý člověk, který žije dobrý život a naplňuje sebe sama tím, že jeho jednání bude svědectvím největší lidské schopnosti, racionality (Thompson, 2004). Jsou zdůrazněny dva aspekty racionality, a sice sebeovládání, vláda rozumu nad smyslovými pudy, a poznávání, stálé zdokonalování rozumové podstaty. Otázky „dobrého života“, které vznesl Aristoteles, dále propracovali epikurejci a stoikové.

Epikurejci vymezují blaženost jako získávání slasti a vyhýbání se bolesti, přičemž slast není zdaleka chápána jako dosahování požitků, ale spíše jako vyvážený klid ducha (ataraxie), kterého lze dosáhnout rozjímáním a „rozumností“.

¹¹ Překládá se jako „blaženost“, „blaho“ nebo „štěstí“.

U stoiků je více zdůrazněno podvolení se řádu světa než hledání individuálního prospěchu. Blaženost je v osvobození duše od vášní (apatheia) a nezávislosti na vnějších podmínkách. Dobro jako nezávislost a vnitřní svobodu dovedli do extrému kynikové, aby se pak ve středověké filosofii otázka po dobrém životě přeformulovala na dosažení jednoty duše s Bohem. Cíl a účel lidského života se vrací na tento svět až po oddělení teologie od filosofie a sekularizaci universit.

Pojetí teologické je vystřídáno humanistickým, zaměřeným na člověka. Znovu se nastoluje otázka, co je člověk a jaký má být lidský život. Renesanční autoři tak připravují půdu pro novověkou filosofii, která objevuje vztahovost. Lidskou podstatu vidí v tom, že má vztah k sobě samému, že zkoumá předpoklady lidské zkušenosti. Novověk však také, především dílem Immanuela Kanta, klade míru věcí a míru dobra do subjektu, zatímco křesťanská morálka je transcendentní, resp. heteronomní, určovaná něčím, co je mimo nás.

Kant představuje autonomní pojetí, kdy lidský rozum je řízen vlastními zákony. Při stanovení toho, co je dobré, dospívá Kant k zásadě, která zní: „Jednej tak, aby maxima tvé vůle mohla vždy zároveň platit jako princip všeobecného zákonodárství (in Störig, 1993). Tento mravní zákon má být uplatněn na každou otázku a vymezuje dobro takto: „Ve světě, ba ani mimo něj není myslitelné vůbec nic, co by bylo možno bez omezení považovat za dobré, kromě dobré vůle“. Kant zdůrazňuje, že mravní zákon pozvedá člověka nad pouhé přežití organismu a dává jeho existenci svobodu a hodnotu. Zdůrazněním toho, že člověk může jednat podle představy zákonů, učinil Kant lidské poznání předmětem kritického zkoumání. Filosofie 20. století pak subjektivitu lidského poznání prozkoumala z nejrůznějších hledisek.

Další typický rys našeho současného poznávání, a to jeho závislost na lidské zkušenosti, znovu vnesl do novodobého myšlení utilitarismus, směr, který nejpodstatněji ovlivnil naše současné pojetí kvalitního života a motivů lidského konání. Místo apriorního stanovení kategorií a daností považoval za dobré to, co se ukázalo jako užitečné a úspěšné na základě lidské zkušenosti.

Utilitarismus, tedy koncept ztotožňující dobro s užitečností, rozvíjeli v 19. století představitelé anglického empirismu, Jeremy Bentham, John Stuart Mill a Henry Sidgwick. Protože považují za hlavní cíl lidského jednání radost (slast nebo štěstí), jsou jejich úvahy považovány za hedonistické: "Víra, která přijímá za základ morálky užitečnost nebo princip nejvyššího štěstí, má za to, že činy jsou správné, když směřují k nastolení štěstí, špatné, když směřují k opaku toho, co je štěstí. Štěstím je míněna radost a nepřítomnost bolesti, neštěstím

bolest, nepřítomnost radosti." (Mill, 1964 s.6). Hodnotové soudy včetně hodnocení dobra tedy nemají žádné přísné měřítko, ale vyvíjejí se postupně na základě zkušenosti. „Hodnotné“ je to, co přináší slast¹². Představitelé utilitarismu ovšem nezdůrazňovali subjektivní, ale sociální aspekt svého pojetí a aplikace principu dobra v tom smyslu, že dobré jednání je takové jednání, které přináší co největší užitek (nebo štěstí nebo slast) co největšímu počtu lidí, měla podle jejich názoru vést k sociálně spravedlivé společnosti¹³. Koncept obecného blaha byl ve 20. století kritizován a označován jako sociální inženýrství, slovy Karla Poppera - „každá snaha zřídit nebe na zemi plodí peklo.“ Základní otázky nastolené utilitaristickou, resp. hedonistickou filosofií, zda je radost a štěstí jediným cílem lidského konání, nebo zda dobrý život znamená více než být šťastný, jsou však stále diskutovaným tématem filosofické etiky (Silverstein 2000, Crisp 2003, Tiberius 2004).

2.2.3 Současné teorie dobrého života

Do diskuse po povaze dobra, v dnešní terminologii „well-being“, se vkrádá nový prvek. Je well-being něco univerzálního, tedy pro všechny lidi společného, nebo je to kulturně podmíněný konstrukt? Soudobé teorie well-beingu se tedy musí zamýšlet i nad aplikovatelností svých koncepcí na jiné kultury. Jak už bylo zmíněno v oddíle 2.2.1, v současné době existují tři hlavní směry: (1) teorie zaměřené na stav mysli nebo zkušenosti, (2) teorie priorit, přání nebo potřeb a (3) teorie rozvoje lidských schopností¹⁴.

Hédonismus spadá nepochybně do první skupiny, protože „radost“ nebo „štěstí“ je svou podstatou zkušenostní povahy. Představitel tohoto pojetí, L.W. Sumner (in Tiberius, 2004) ztotožňuje well-being se štěstím, přičemž být šťastný znamená mít pozitivní přístup k životu jako celku. Rozlišuje se kognitivní a afektivní aspekt štěstí; kognitivní stránka zahrnuje pozitivní hodnocení podmínek našeho života a názor, že realita není horší než naše očekávání. Afektivní část štěstí zahrnuje to, čemu říkáme prožitek pohody¹⁵, je to citový doprovod přesvědčení, že je náš život obohacující a úspěšný, pocit spokojenosti nebo naplnění. Za autoritu v otázce svého štěstí je považován subjekt – pokud si člověk myslí, že je jeho život naplněný a uspokojivý, potom tomu tak je. Představitelé tohoto pojetí raději pracují s

¹² Není tím míněno pouhé uspokojování požitků, jak dokládá známý Millův výrok: „It is better to be a human being dissatisfied than a pig satisfied; better to be Socrates dissatisfied than a fool satisfied.“ (Mill, 1964, s.9)

¹³ „Krédo, které přijímá jako základ morálky prospěšnost, říká, že jednání je dobré v míře, ve které přispívá ke zvýšení štěstí a špatné, pokud přispívá k opaku štěstí. Štěstím je míněna slast a nepřítomnost bolesti. Opakem štěstí pak bolest a nedostatek radosti.“ (Mill, 1964, s. 6)

¹⁴ Označují se také jako Objective List Theories (teorie objektivních atributů) ve smyslu, že některé věci jsou dobré neohledně na to, zda nás těší nebo zda si je přejeme. např. poznání, kontakt s realitou, přátelství, lásku, svobodu nebo osobní rozvoj (Brülde, 2007).

¹⁵ „sense of well-being“

pojmem štěstí než „well-being“, který považují za problematický z toho důvodu, že je snadnější říci, zda jsem šťastný, než hodnotit svůj well-being. Štěstí a subjektivní spokojenost považují za totožné pojmy.

Hlavní námitkou proti teoriím založeným na hédonismu je jejich subjektivnost a slabý vztah k realitě. Poukazuje se na to, že pocit štěstí nemusí korelovat se zdravím a způsobilostí fungovat v běžném životě a nemůže být tedy použit jako kritérium zdravotní nebo sociální péče. Kritika z pozice filosofie má jinou podobu, je to příměr přístroje, který dokáže vytvářet hodnověrné zážitky, „experience machine“ (Nozick, 1974 in Silverstein, 2000 a Crisp, 2003). Přístroj stimuluje náš mozek tak, že nám navodí zážitky toho, co považujeme za ideální život; napíšeme vynikající disertační práci, prožijeme pravou lásku a přitom budeme své zážitky považovat za realitu. Pokud je well-being ztotožněn se stavem mysli, proč se nám nezdá takový život, ve kterém budeme napojeni na „zážitkový přístroj“, v pořádku? Nozickův příměr se považuje za nepřekonatelný argument proti klasickému hédonismu a výzvu pro soudobé představitele tohoto pojetí. Obecně to vede k zavedení „objektivního“ kritéria, poměření subjektivního stavu realitou. Donnerová (in Silverstein, 2000) zpřesňuje, že radost musí mít kvalitu „autenticity“ na rozdíl od halucinatorní radosti generované Nozickovým přístrojem. Sumner (in Tiberius, 2004) hovoří o autencititě v tom smyslu, že člověk je sice autoritou v otázce hodnocení svého štěstí, ale jeho hodnocení musí být autentické, což znamená, že je dostatečně informovaný a autonomní. Do subjektivního pohledu na vlastní štěstí se dostává „kompetentnost“ nebo „kvalifikovanost“.

Nejznámější teorie z druhého okruhu má informované poznání toho, oč usilujeme, přímo v názvu¹⁶. Teorie Jamese Griffina (1986, in Tiberius, 2004) chápe well-being jako uspokojení našich „kompetentních“ přání, jež jsou součástí našich životních cílů. Griffin kritizuje hédonismus, který považuje za dominantní hodnotu radost. Pokud vycházíme ze svých přání, uvědomíme si, že chceme i jiné věci než radost. Přání jsou přitom ukazatelem toho, co je pro nás dobré a co přispívá k našemu „well-being“. Přejeme si ovšem i věci, které pro nás nejsou dobré, a proto Griffin zavádí podmínku relevantní, adekvátní informovanosti, přičemž informovanost chápe jako znalost podstaty našeho přání. Upřesňuje, že radost není sama o sobě nejvyšší hodnotou, ale jen způsobem, jak poznat, že něco je nebo není „hodnotné“.

Nejznámější představitelkou třetí skupiny teorií je Marta Nussbaum (in Tiberius, 2004) a její teorie lidského rozvoje. Místo pojmu well-being, který může být chápán jako stav

¹⁶ Informed desires theory

mysli, hovoří o lidské prosperitě, rozkvětu¹⁷, který podle jejího názoru zahrnuje hédonistickou i eudaimonistickou koncepci. Vychází z možností daných lidskými schopnostmi, předpoklady¹⁸: lidé se rozvíjejí, žijí „dobře“, pokud jsou schopni realizovat základní lidské funkce. Její seznam základních lidských funkcí obsahuje aspekty, které jsou přijímány jako obecně platné, jako je autonomie, fyzické zdraví a mezilidské vztahy, zatímco jiné hodnoty, jako např. sounáležitost s přírodním prostředím, se zdají být kulturně podmíněné. Při hledání „základních lidských funkcí“ se objevuje stále více rozdílů v hodnotách západních (individualistických) a východních (kolektivistických) společností, a tudíž ve zdrojích subjektivní „kvality života“. Biologicky zaměřené vědy se přibližují sociálním oborům v tom, že shodně kladou stále větší váhu kulturní podmíněnosti člověka¹⁹.

2.2.4 Nová témata diskuse o kvalitě života

V přehledu soudobých teorií vidíme úzkou návaznost a neustálou polemiku s aristotelovským a empirickým přístupem k otázce dobrého a správného života. Od druhé poloviny 20. století ovšem otázka po kvalitním, „dobrém“ životě nabyla nového rozměru – není nadále věcí volby jednotlivce a jeho osobního štěstí, ale otázkou směřování, a ve svém důsledku i přežití celé lidské civilizace. Člověk není postaven jen před otázku, jak naplnit svůj osobní život, ale jak zacházet se životem jako takovým, protože legislativní a technické možnosti ho staví častěji než dříve do situace volby (potraty, genetické manipulace, euthanasie). Filosofickou podobu má také hledání atributů kvalitního života pro lidstvo, ať už se to týká vztahu k příslušníkům lidského rodu (postavení žen, menšin, nerovnost mezi národy, oprávněnost války), jiných živočišných druhů (práva zvířat), přírodního prostředí a zprostředkovaně i práva dalších generací na „kvalitní“ život. V tomto smyslu bude pro zachování a zvýšení kvality života neustávající filosofická rozprava důležitější, než tomu bylo kdy předtím.

¹⁷ „human flourishing“

¹⁸ „capabilities approach“

¹⁹ Především zásluhou sociobiologie a teorie memů, které dokládají vymanění člověka z přírodní říše.

2.3 Kvalita života a příbuzné pojmy

Jak bylo naznačeno, kvalita života má své kořeny ve filosofii, nedávnou minulost v poválečném sociálním hnutí a současnost ve všech oborech zabývajících se člověkem od filosofické etiky přes pomáhající profese po ekonomii a politiku. Existence příbuzných pojmů pro celkovou životní situaci člověka odráží různost přístupů a preferenci určitého aspektu. Jednotlivé pojmy se liší především v míře subjektivity, resp. objektivit, kterou při hodnocení preferují, dále v oblasti, na kterou se primárně zaměřují (tabulka 3).

Tabulka 3 Příklady příbuzných pojmů

<i>hodnocená oblast</i>	<i>používané pojmy (způsob hodnocení)</i>	
	<i>subjektivní</i>	<i>objektivní</i>
zdravotní stav	subjektivní zdravotní stav, spokojenost se zdravím, spokojenost s péčí	morbidity (MKN-10), spotřeba péče
funkční stav	kondice, wellness	DALY ²⁰
prožívání	osobní pohoda ²¹ (well-being), štěstí, sebedůvěra, osobní zdatnost	duševní poruchy (MKN-10), symptomy (posuzovací škály)
směřování	hodnoty, motivace, osobní růst	potřeby, adaptace
mezilidské vztahy	intimita, rodinná atmosféra	sociální vazby, sociální inkluze
společnost	sounáležitost, důvěra, pocit bezpečí	sociální politika, sociální kapitál
ekonomické podmínky	subjektivní chudoba, hmotné zabezpečení	životní úroveň (ekonomické indexy)
život jako celek	celková spokojenost, životní spokojenost	QALY ²² , prosperita (indexy lidského rozvoje)

Vzhledem k tomu, že míra subjektivity a objektivit při posuzování určitého aspektu života člověka je kontinuum, je zařazení některých pojmů obtížné, protože buďto mohou být hodnoceny objektivně i subjektivně, jako např. potřeby, adaptační mechanismy, symptomy, rodinná atmosféra, sociální podpora, nebo jsou složeny z indikátorů obou typů, jako např. sociální kapitál. Pojem kvalita života se za poslední desetiletí přesunul k subjektivnímu pólu škály a je pro něj charakteristické, že pokrývá více oblastí hodnocení života. Pokud se soustředí především na první dvě oblasti tabulky, označuje se jako health-related quality of life (HRQOL)²³, je-li zaměřena na třetí oblast, mluví se o psychologické kvalitě života, v

²⁰ Disability Adjusted Life Years

²¹ Křivohlavý (2004) používá výrazu "subjektivní životní pohoda", Kebza (2005) "osobní pohoda", Balcar (1995) "celková duševní pohoda".

²² Quality Adjusted Life Years

²³ Překládá se jako kvalita života ve vztahu ke zdraví, související se zdravím, týkající se zdraví.

případě důrazu na pátou oblast o sociální kvalitě života, šestá a sedmá oblast se většinou souhrnně označuje jako „prostředí“ a hodnocení poslední oblasti jako „celková kvalita života“.

V psychologii se nejvíce pojmu kvality života blíží well-being, štěstí a životní spokojenost.

2.3.1 Osobní pohoda (*well-being*)

Pojem je vymezen pozitivně a často vnímán jako přítomnost kladných emocí nebo kladného sebehodnocení.

Kebza (2005) upozorňuje, že pojem má více dimenzí a jeho význam by se neměl zužovat na „duševní pohodu“. V systému psychologických pojmů jej umísťuje mezi afekty, nálady a osobnostní rysy a upozorňuje na jeho složku postojovou. Za dimenze osobní pohody považuje sebezpřijetí, pozitivní vztahy s druhými, autonomii, zvládání životních nároků, cílesměrnost a osobní rozvoj. Z osobnostních charakteristik má osobní pohoda nejbližší k adaptivním a atribučním stylům osobnosti, popř. k hodnotové orientaci. Ve výzkumech zdraví a efektu péče se častěji používá pojem životní spokojenost.

Křivohlavý (2004) cituje Dienera, který osobní pohodu definuje jako „kognitivní a emoční vyhodnocení vlastního života“ a zahrnuje do ní emoce, nálady, afekty a to, jak se daný člověk dívá na své plány, na svá očekávání a jejich realizaci.

Pojem osobní pohody, jako i ostatní pozitivní charakteristiky, umožňuje sledovat a rozvíjet faktory posilující zdraví, a to nezávisle na případné nemoci nebo postižení.

2.3.2 Štěstí a životní spokojenost

Výzkum štěstí je spojen se jménem Ruth Veenhoven z Erasmovy Univerzity v Rotterdamu, která v r. 1984 založila mezinárodní databázi shromažďující instrumenty a publikace s tímto námětem a podílí se také na vydávání odborného časopisu *Journal of Happiness Studies*, který vychází od r. 2000. Štěstí chápe ve třech významech, jako celkové štěstí, hédonickou úroveň citu a celkovou spokojenost. Vypracovala užitečnou kategorizaci pojmů popisujících kvalitu života, kterou uvádíme v oddíle 2.4.

Dalším důležitým představitelem pozitivní psychologie, především výzkumu štěstí a osobní pohody je Ed Diener z Univerzity v Illinois. Považuje za důležité, aby studium abnormálních psychických procesů bylo doplněno poznatky z výzkumů „supranormálních“ osob. Dienerovy výzkumy ukazují, že životní spokojenost, pozitivní emoce a negativní

emoce tvoří tři oddělené komponenty pojmu štěstí a žádná z nich by neměla být opomenuta. Jeho nedávná studie (Diener, 2002) osob, které byly různými metodami vyhodnoceny jako velmi spokojené a šťastné, hledala faktory, které jsou pro štěstí nezbytné (tj. jsou u šťastných lidí vždy přítomné) a postačující (pokud je faktor u někoho přítomný, měl by být šťastný). Jako nezbytný (nikoli však postačující) faktor se ukázaly kvalitní mezilidské vztahy a malý podíl času trávený o samotě²⁴. Jejich nálada byla spíše mírně nadprůměrná než extatická a dosahovala občas neutrálních nebo mírně podprůměrných hodnot, nezdá se tedy, že by u dispozičně šťastných lidí šlo o poruchu regulace nálady. Celkově z výzkumu vyplývá, že dobré sociální vztahy jsou podobně jako potrava a teplo univerzálně důležité pro kvalitu bytí.

Z předchozího vyplývá, že výběr pojmu naznačuje, jakému aspektu subjektivně hodnocené životní situace člověka se chceme věnovat. V oblasti vymezené zájmem této práce, tj. ve vztahu k psychologickým, sociálním a zdravotním otázkám, existují v současnosti dva směry: Za prvé je to zkoumání kvality života, definované operacionálně, a sledované ve vztahu ke zdravotním a sociálním ukazatelům. Studie kvality života slouží často k vyhodnocení nejrůznějších typů terapií a intervencí, popř. k zmapování potřeby takových intervencí. Tento „technický“, eklektický a na praxi orientovaný přístup představuje mezinárodní společnost ISOQOL (International society for Quality of Life Research) a časopis Quality of Life Research, který vychází od r. 1992. Druhý přístup má blíže k pozitivní psychologii a filosofii a pracuje s pojmy osobní pohody, životní spokojenosti a štěstí. Je reprezentován mezinárodní společností ISQOLS (International Society for Quality-of-Life Studies) a časopisem Journal of Happiness Studies, vydávaným od r. 2000.

2.4 Definice kvality života

Kvalita života byla definičně vymezována pomocí jiných používaných pojmů, stanovena výčtem, charakterizována znakem, který je pro ni považován za podstatný nebo vzájemnou souvislostí těchto znaků (tabulka 4). Přehled modelů kvality života, z nichž mnohé definice vycházejí, ve své práci přehledně podal Mareš (2005), a proto je zde neuvádíme.

²⁴ „High happiness seems to be like beautiful symphonic music – necessitating many instruments, without any one being sufficient for the beautiful quality.“ (Diener, 2002)

Tabulka 4 Příklady definic kvality života (QOL)

<p>Definice QOL pomocí jiného pojmu</p> <p>Cambellova a Conversova definice ztotožňuje QOL se subjektivně pocíťovaným zdravím: "QOL je komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem či skupinou." (Nagpal, WHO, 1985)</p> <p>QOL bývá často zaměňována se spokojeností: "QOL je definována jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě,... přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost" (Gerin in Zannotti, 1994)</p>
<p>Definice zaměřené na typický znak QOL</p> <p>"Spokojenost nebo nespokojenost s okolím je daleko více výsledkem stavu mysli než bezprostředního sociálního okolí" (Nagpal, WHO, 1985)</p> <p>"QOL je to, jak člověk subjektivně hodnotí svou životní situaci" (Skantze, 1992)</p>
<p>Definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami QOL</p> <p>"QOL je stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby; QOL je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrz něž se je jedinec snaží naplnit" (Kirby, 1994)</p> <p>„Měření QOL se týká velikosti nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními (Dickens, 1991)</p>
<p>Definice QOL výčtem</p> <p>"4 oblasti spokojenosti/pohody (well-being): (1) fyzická pohoda (2) materiální pohoda (bydlení, příjem) (3) kognitivní pohoda (pocit spokojenosti) (4) sociální pohoda (vztahy k ostatním, sounáležitost ke spol.)“ Blunden (in Dickens, WHO 1991)</p>
<p>Definice QOL jako měřitelné veličiny</p> <p>"QOL je hodnota života subjektivně a objektivně změřená" (Pinkney, 1991)</p>

Zdroj: Dragomirecká 1997a

Příkladem definice kvality života jako objektivního kritéria, které se používá ve zdravotně- ekonomických analýzách, je definice indexu QALY (Quality-adjusted life years): „Kvalita života je skóre užitečnosti, které odráží preference určitých oblastí zdraví a umožňuje zlepšení morbidit a mortalit spojit do jednoho pojmu *kvalita vztažených roků života*“ (Vaďurová, 2005).

Zásadním způsobem přispěla ke kategorizaci konceptů kvality života Veenhovenová (2000) ve své teorii „čtyř kvalit života“ (tabulka 5).

Tabulka 5 Čtyři kvality života podle Veenhovenové

	<i>vnější kvality</i>	<i>vnitřní kvality</i>
<i>předpoklady</i>	<i>A. vhodnost prostředí životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň</i>	<i>B. životaschopnost jedince psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost</i>
<i>výsledky</i>	<i>C. užitečnost života vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce</i>	<i>D. vlastní hodnocení života subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti</i>

Zdroj: Veenhoven 2000

Za zmiňované čtyři kvality považuje (1) životní šance neboli předpoklady, (2) životní výsledky, (3) vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti a (4) vnitřní kvality neboli charakteristiky individua.

Takto vymezené „kvality života“ pak dovolují kategorizovat koncepty dobrého života podle toho, kterým aspektem kvality života se zabývají. Kvadrant A zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně-politické vědy. Do kvadrantu B patří fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky (včetně tělovýchovy a poradenství v oblasti životního stylu). Kvadrant C zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a je tradičně předmětem zájmu filosofie. Kvadrant D představuje to pojetí kvality života, které ve vědách o člověku zažívá v současné době značný rozmach, je široce aplikováno v psychologii a vytváří vlastní metodologické postupy. Patří sem hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, pozitivního prožívání a celkové spokojenosti se životem, tedy rozsah, který pokrývá většina dotazníků kvality života.

V této práci vycházíme z definice Světové zdravotnické organizace, která kvalitu života chápe jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“²⁵ (WHOQOL Group in Orley 1994, s. 43). Definice byla dílem pracovní skupiny WHOQOL, pověřené vytvořit mezinárodně použitelný dotazník kvality života.

²⁵ „Quality of life is defined as an individual perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns.“

2.5 Měření kvality života

Obecně je kvalita života měřena ze tří perspektiv: (1) jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí; (2) jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a (3) jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Kirby 1994). V současnosti nepovažujeme ukazatele prvního typu, jako je bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny apod., za součást kvality života, ale za faktory, které ji mohou ovlivňovat. Je známo, že některé charakteristiky tohoto typu ovlivňují kvalitu života jen částečně, a to tehdy, pokud klesnou pod určitou minimální hranici (např. hranici chudoby). Celková spokojenost se považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit. Předpokládá se že celková spokojenost nesouvisí s pouhým počtem oblastí, ve kterých je jedinec spokojen, ale se spokojeností v oblastech, které on sám hodnotí jako důležité. Co se týče třetího bodu, existují rozmanité výčty oblastí života. Většinou zahrnují fyzickou kondici a schopnost provádět běžné každodenní činnosti, prožívání, vztahy s blízkými lidmi a širším sociálním okolím, prostředí, ve kterém člověk žije, a trávení volného času. Pokud je zjišťování kvality života zaměřeno úzce na oblast zdravotního stavu, resp. na přítomnost nebo nepřítomnost symptomů, celkový funkční stav a stupeň postižení, specifikuje se jako „health-related quality of life“. Dotazníky WHOQOL, které jsou v práci použity, toto úzké vymezení překračují.

V medicíně se začalo s měřením kvality života v poválečných letech. Kvalita života byla chápána jako objektivní ukazatel nezávislosti a fungování v běžném životě, tzv. performance status, a používal se především v onkologii, např. při hodnocení nežádoucích účinků chemoterapie. V 60. a 70. letech se kvalita života zjišťovala pomocí tzv. indexů kvality života, které kromě hodnocení zdravotního a funkčního stavu obsahovaly hodnocení psychosociálních aspektů pacientovy situace. Praxe využívání těchto indexů v onkologii, transplantologii a neonatologii jako rozhodovacího kritéria pro to, zda poskytnout život zachraňující léčbu, vyvolala vlnu kritiky a záhy se od ní ustoupilo. Některé indexy kvality života, jako např. Karnofsky index (The Karnofsky Performance Scale) pro onkologii se používají do současnosti. V 80. letech se sledování kvality života rozšířilo do všech odvětví medicíny a stalo se předmětem společenských věd. Vzhledem k důrazu na pacienta a jeho pohled se začaly používat řízené rozhovory sebesposuzovací škály a dotazníky. Sledování kvality života se stalo např. důležitým kritériem úspěšnosti transformace psychiatrické péče v USA a zemích západní Evropy (Lehman, 1982, 1983). Kvality života se začalo také využívat pro hodnocení alternativních léčebných postupů. V 90. letech se hodnocení kvality života

stalo standardním postupem pro hodnocení farmakoterapie a došlo k výraznému rozvoji této oblasti. Potřeba instrumentů pro mezinárodní studie vedla k vypracování závazných pravidel pro vývoj, překlad a validizaci instrumentů, vzniku mezinárodních výzkumných ústavů a pracovních skupin a přispěla k rozvoji novým psychometrických postupů.

Zjišťování kvality života doplňuje objektivní ukazatele zdravotního stavu tím, že popisuje dopad nemoci a léčby na každodenní život pacienta, zprostředkuje subjektivní pohled pacienta a hodnotí účinnost terapie, při které nedochází k úplnému vyléčení, jako je tomu u většiny chronických poruch. Kvalitu života lze sledovat na *individuální úrovni*, kde slouží především k sestavení terapeutického plánu a posléze k vyhodnocení aplikovaných postupů; na úrovni *skupin pacientů* s určitým typem potíží, kde je měření kvality života indikátorem efektu léčby, dopadu vedlejších účinků léků nebo prostředkem k hodnocení komplexních programů nebo na úrovni *populačních šetření* kvality života, jejichž výsledkem je popis rizikových skupin obyvatelstva a slouží jako podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče. Krivohlavý (2002) v této souvislosti používá terminologii Engela a Bergsmý a hovoří o makrorovině, mezorovině a personální rovině.

2.5.1 Instrumenty kvality života

Nejobvyklejší metodou zjišťování kvality života je využití dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. *Všeobecné (generické) dotazníky* jsou použitelné pro jakýkoli soubor pacientů nebo zdravé populace. Jejich výhodou je, že umožňují vzájemné srovnání různých podmínek a souborů osob a lze je využít pro populační šetření. Nevýhodou je, že nemusí být dost citlivé na podchycení intervence zaměřené na symptomy. *Speciální dotazníky* jsou naproti tomu určeny pro pacienty s určitými obtížemi a obsahují položky, které zjišťují dopad těchto obtíží na život pacienta. Dotazníky tohoto typu jsou schopny zachycovat klinicky významné změny, ale jejich výsledky lze obtížněji srovnávat nebo zobecňovat.

K nejrozšířenějším generickým dotazníkům patří EQ-5D (EuroQol Group, 1990), instrument obsahující 5 položek hodnotících pohyblivost, sebeobsluhu, běžné aktivity, bolest a úzkost nebo depresi a vizuální škálu hodnotící celkový zdravotní stav; SF-36 (Medical Outcome Study 36-Item Short Form; Ware, 1992), zjišťující subjektivní zdravotní stav v osmi oblastech, a dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL.

Zdrojem informací o instrumentech kvality života je databáze PROQOLID²⁶, kterou provozuje mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute²⁷.

²⁶ <http://www.proqolid.org/>

Databáze je rozšířením původní databáze QOLID (Quality of Life Instruments Database) o instrumenty podchycující další subjektivní indikátory zdraví, označované zkratkou PRO (Patient Reported Outcome). V databázi obsahující tisíc instrumentů je možné vyhledávat podle různého třídění. U každého dotazníku je uvedena zkratka, plný název, autoři, účel měření, cílová populace, způsob administrace, počet položek, původní jazyk, ověřené jazykové verze a další informace. V sekci speciálních instrumentů lze hledat podle diagnózy nebo potíží, např. instrumenty pro pacienty s dýchacími potížemi, instrumenty zaměřené na psychologické aspekty nebo na oblast sexuologie. Další třídění popisuje oblast, které se instrumenty týkají, jako např. kvalita života obecně, spokojenost, zdravotní stav, práce, kvalita konce života, zvládání životních situací apod. Instrumenty se dále dělí podle toho, komu jsou určeny (např. dětem, pacientům v terminálním stádiu, pečovateli apod.), a podle způsobu administrace (např. sebesposuzovací dotazníky, telefonní rozhovory, posuzovací škály pro pečovatele nebo zdravotníky apod.).

2.6 Kvalita života v české odborné literatuře

Vymezením pojmu kvalita života a jeho filosofickými souvislostmi se zabývá Payne (2002, 2005). Psychologické výzkumy pracují spíše s pojmy duševní pohody nebo definují kvalitu života jako souhrn kladných indikátorů, jako např. Hnilica (2000), který ve své práci o vlivu hodnotového systému na kvalitu života ji vymezuje jako „celkovou spokojenost s životem (kognitivní ohodnocení života), přítomnost kladných a relativní absenci záporných emocí, pocit celkového fyzického a duševního zdraví, pocit dobré tělesné kondice, a absenci intenzivních a častých bolestí“. Zaměřil se na vliv konfliktu hodnot na tyto indikátory, především na konflikt hodnoty lásky a sebeurčení a potvrdil, že se souběžná preference těchto hodnot skutečně pojí s nižší kvalitou života. Pozitivními indikátory zdraví se u nás dlouhodobě zabývá Kebza (2005) a Šolcová (2005, 2006).

Vztahem prožívané smysluplnosti k osobní pohodě a subjektivnímu zdravotnímu stavu se zabýval Balcar (1995). Pro zjišťování celkové osobní pohody použil dotazník DEP36, vytvořený a standardizovaný Koženým, pro měření existenciální frustrace resp. míry smysluplnosti použil dotazník Logo-test, který přeložil a validizoval pro naše podmínky. Výsledky ukázaly, že duševní pohoda významně souvisí s naplněností potřeby prožívat svůj život jako smysluplný, zatímco mezi posouzením zdraví a mírou prožívané smysluplnosti nebyl nalezen významný vztah.

²⁷ <http://www.mapi-research.fr/>

Průkopníkem měření kvality života u nemocných je u nás Křivohlavý, který v 80. letech vytvořil index kvality života pro klinická pracoviště, tzv. QL Index (ILF). Index zahrnoval pět dimenzí; celkový emocionální stav, samoobslužnost pacienta, sociální podporu od rodiny a přátel, adaptaci na nemoc a míru bolesti, a byl hodnocen zdravotníkem (Křivohlavý, 1986). Zavedení indexu do klinické praxe bylo jedním z prvních pokusů věnovat při léčbě somatického stavu systematickou pozornost pacientovu prožívání. Později, kdy se kvalita života posunula do oblasti subjektivních indikátorů, navázal na práci irských lékařů (O'Boyle) a adaptoval do češtiny jejich dotazník individuální kvality života SEIQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), který respektuje hodnotový systém respondenta tím, že mu dává volnost výběru oblastí, které jsou pro jeho život nejdůležitější (Křivohlavý, 2001).

Pro klinickou praxi bylo přeloženo a ověřeno několik specifických dotazníků kvality života, např. dotazníky ESI-55 a QOLIE pro pacienty s epilepsií (Preiss, 1999), dotazník Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction autorky Jean Endicott) pro pacienty s depresivní poruchou (Müllerová, 2001), Heinrichsova škála kvality života QLS (Quality of Life Scale) pro pacienty se schizofrenií (Vránová, 1997), dotazník MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) pro srovnání účinnosti lůžkové péče a denního stacionáře v mezinárodní studii EDEN (Baková, 2002), instrument AQUAREL pro hodnocení kvality života u pacientů s kardiostimulátorem (Kebza, 2005)

Od poloviny 90. let se měřením kvality života (Dragomirecká 1997a, 1997b) a validizací instrumentů kvality života zabývá Psychiatrické centrum. Nedávno byl publikován manuál, který shrnuje zkušenosti získané za deset let používání dotazníku kvality života SQUALA (Dragomirecká, 2006d). Dotazník SQUALA, původně určený pro pacienty se schizofrenií byl použit pro sledování kvality života u pacientů s nejrůznějšími diagnózami jako např. po transplantacích (Kožnarová, 2003; Ptáčková, 1999), u mužů po poranění míchy (Šrámková, 1999), u nemocných s chronickou pankreatitidou (Štaudová, 2001) a diabetem (Hrachovinová, 2003), u osob HIV pozitivních (Potribná, 2001), u osob po chirurgické změně pohlaví (Potribná, 2003), pro hodnocení léčby u pacientek s poruchami příjmu potravy (Papežová 2006) a hodnocení efektu psychoedukace u pacientů se schizofrenií a jejich příbuzných (Motlová, 2002).

Pro výzkumnou a klinickou praxi byla validizována česká verze dotazníku kvality života WHOQOL-100 a jeho zkrácená podoba WHOQOL-Bref (Dragomirecká 2006a, 2006b, 2206c). Podnět k vytvoření těchto dotazníků dal v r. 1991 Odbor duševního zdraví Světové

zdravotnické organizace. Nový instrument s názvem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment) měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života, chápaného jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností, jak jej představuje např. SF-36. Nový instrument měl naplnit čtyři principy, které se po dvou desetiletích intenzivního rozvoje měření kvality života ukázaly jako nezbytné, a to *komplexnost* vyplývající z definice zdraví WHO, *subjektivnost* ve smyslu podchycení vlastního pohledu respondenta, zahrnutí *subjektivní důležitosti* jednotlivých aspektů života pro respondenta a *kulturní relevanci* ve smyslu použitelnosti jednoho instrumentu v různém jazykovém a kulturním prostředí. Pracovní skupina WHOQOL tvořená zástupci 15 výzkumných center z celého světa²⁸ vytvořila instrument, který se skládá ze šesti oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), dále členěných na 24 podoblastí (facet). Dotazník má celkem 100 položek a označuje se zkratkou WHOQOL-100 (WHOQOL Group 1994, 1998a). Potřeby klinické praxe a další ověřovací studie dotazníku vedly k vytvoření zkrácené verze WHOQOL-BREF, která se skládá z 26 položek sdružených do čtyř oblastí (WHOQOL Group 1998b) a je v současnosti k dispozici v téměř 50 jazycích (Skevington 2004). Pracovní skupina WHOQOL vypracovala pravidla pro vytváření dalších jazykových verzí, podle kterých jsme při adaptaci a validizaci dotazníku WHOQOL do češtiny postupovali. Výsledky potvrdily, že je dotazník schopen podchytit aktuální zhoršení zdravotního stavu a u osob s dlouhodobým onemocněním nebo postižením zachytit rozdíly v životních podmínkách. Použití dotazníku u osob se závažným duševním onemocněním je ovšem podmíněno mírou jejich náhledu a schopnosti zobecňovat (Dragomirecká, 2006b). Bližší popis dotazníku je uveden v části 4.3.1.

²⁸ Austrálie, Francie, Chorvatsko, Indie (dvě centra), Izrael, Japonsko, Nizozemsko, Panama, Rusko, Španělsko, Thajsko, USA, Velká Británie a Zimbabwe.

3 KVALITA ŽIVOTA V OBDOBÍ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

S prodlužující se délkou života nabývá na významu zkoumat faktory, které příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří. Ačkoli lze vyšší věk charakterizovat jako období psychosociálních ztrát a zvyšujících se zdravotních rizik, existují studie, které dokládají dobrou kvalitu života seniorů (Browne, 1994), vysokou životní spokojenost a emoční pohodu (Lam, 1991). Skutečnost, že se životní spokojenost nesnižuje s věkem navzdory nepříznivým okolnostem a ztrátám, se označuje jako “old age paradox” a je předmětem dlouhodobé teoretické diskuse. Ačkoli se v souvislosti se stářím pojem kvalita života často objevuje, málokdy se přímo sleduje. Předmětem výzkumů je především životní spokojenost, která se považuje za jednu ze tří složek osobní pohody (psychological well-being), vedle negativních a pozitivních pocitů. Bylo zjištěno, že k menšímu poklesu životní spokojenosti ve stáří dochází u extravertů a osob žijících v manželství (Mroczek, 2005) a že k vyšší úrovni spokojenosti přispívá dobrý zdravotní stav, manželství, samostatné bydlení, sociální zapojení, nepřítomnost deprese a nepřítomnost problémů s alkoholem (Heun, 1999). Životní spokojenost se však s pojmem kvalita života zcela nepřekrývá. Výzkum se tedy proto v současnosti zabývá otázkou, zda tento koncept získává ve starším věku jiný význam nebo rozsah.

3.1 Pojetí kvality života ve vyšším věku

V sociální gerontologii se za důležité dimenze kvality života ve stáří považuje celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost. V poslední době přibývají studie, které při úvahách o pojmu kvality života vycházejí z výpovědí seniorů. Jedním z prvních výzkumů sledujících individuální preference oblastí kvality života u zdravých seniorů byla dublinská studie využívající dotazník SEIQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Při hodnocení mají respondenti za úkol jmenovat pět oblastí, které jsou pro kvalitu jejich života nejpodstatnější. Skupina seniorů považovala za nejdůležitější oblasti sociální kontakty a činnosti ve volném čase, zdraví, rodinu, bydlení a náboženství, zatímco pro kontrolní neseniorský soubor byly kromě rodiny a zdraví důležité mezilidské vztahy, peníze, spokojenost a práce. Studie kromě jiného potvrdila relativně vysoké hodnocení kvality života seniorů (Browne, 1994).

Dalším příkladem je dlouhodobé sledování tří souborů osob ve věku 65-85 let a nad 85 v Anglii (Farquhar, 1995). Součástí tohoto výzkumu byla kvalitativní studie, ve které respondenti formou řízeného rozhovoru popisovali svou kvalitu života a skutečnosti, které jejich život negativně nebo pozitivně ovlivňují. Více než 60 % popsalo kvalitu svého života jako velmi dobrou nebo dobrou; za špatnou nebo velmi špatnou ji považovalo pouze 16 %, častěji respondenti ze skupiny starých seniorů. Pouze zanedbatelný počet respondentů nechápal pojem „kvalita života“ nebo se nechtěl k tomuto tématu vyjádřit. Pozitivní hodnocení kvality života bylo podle respondentů dáno uspokojivým zdravotním stavem, sociálním zázemím a hmotným zabezpečením. Staří (85+) senioři často odvozovali pozitivní hodnocení své kvality života ze srovnání s ostatními lidmi téhož věku. Důvodem pro negativní hodnocení kvality života byl špatný zdravotní stav (bezmocnost, zdravotní postižení), negativní emoce, omezené sociální kontakty a finanční potíže. Jako hlavní faktory pozitivně ovlivňující jejich životy respondenti uváděli rodinu (především děti), zdraví, aktivity, další sociální kontakty a finanční zabezpečení. Za negativní faktory považovali omezené sociální kontakty, špatný zdravotní stav, bezmocnost nebo nepohyblivost, nemožnost vycházet ven, negativní emoce a finanční zabezpečení. Staří senioři dávali v porovnání s mladšími větší důraz na zdravotní stav, možnost pohybu a stupeň soběstačnosti a podstatně menší důraz na hmotné zabezpečení. Výsledky studie potvrdily relevantnost používaných konceptů kvality života pro starší populaci a podnítily další výzkumy.

3.2 Měření kvality života ve vyšším věku

Jak už bylo zmíněno v úvodní části této kapitoly, výzkumy zdravé seniorské populace se zaměřovaly spíše na životní spokojenost a celkovou osobní pohodu než kvalitu života, která byla sledována především ve vztahu k určité nemoci nebo postižení. Dokládá to přehled dotazníků pro měření kvality života ve vyšším věku (tabulka 6 na s. 40). Tyto instrumenty sice podchycují vliv nemoci, popř. léčby na život pacienty, není je však možné využít pro srovnání běžné populace. V literatuře najdeme doklady, že u starší populace lze použít dva z nejrozšířenějších dotazníků kvality života, EuroQol a SF-36 (Brazier, 1996), tyto dotazníky ale nepodchycují oblasti důležité výhradně pro seniory. SF-36 je navíc výběrem položek jako např. „Jak velké bolesti jste měl/a minulý týden“ více měřením subjektivního zdravotního stavu než kvality života.

Tabulka 6 Dotazníky kvality života určené pro starší populaci

<i>zkratka</i>	<i>název</i>	<i>autoři</i>	<i>použití</i>
ADRQL	Alzheimer's Disease-Related Quality of Life	Black BS, Kasper JD Rabins PV	neurologie, psychiatrie, psychologie
CANE	Camberwell Assessment of Need for the Elderly	Orrell M The University College London, UK	psychiatrie, psychologie
CARE	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation	Birkett P, Gurland BJ Kuriansky JB et al.	psychiatrie, psychologie
CARES	Cancer Rehabilitation Evaluation System	Coscarelli A Heinrich RL	onkologie
CDR	Clinical Dementia Rating	Morris JC	neurologie, psychiatrie, psychologie
CERAD-Clinical Battery	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease – Clinical Assessment Battery	Fillenbaum GG Heyman A Mohs RC et al.	neurologie, psychiatrie, psychologie
CERAD-Neuropsychological Battery	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease – Neuropsychological Assessment Battery	Fillenbaum GG Heyman A Mohs RC et al.	psychiatrie, psychologie
GDS	Geriatric Depression Scale	Yesavage JA	psychiatrie, psychologie
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	Brody EM Lawton Powel M	obecná populace
MPQ	McGill Pain Questionnaire	Melzack R	somatická onemocnění
OARS	Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire	Duke University Center for the Study of Aging and Human Development	obecná populace
PFSDQ	Pulmonary Functional Status & Dyspnea Questionnaire	Lareau SC	dýchací potíže
PFSDQ-M	Pulmonary Functional Status & Dyspnea Questionnaire-modified	Lareau SC	dýchací potíže
PGC Morale Scale	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale	Lawton Powel M	obecná populace
PSMS	Physical Self-Maintenance Scale	Brody EM Lawton Powel M	obecná populace
QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease	Gibbons LE Logsdon RG McCurry SM et al.	neurologie, psychiatrie, psychologie
QUALID	Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale	Fontaine CS Foster B Martin-Cook K et al.	neurologie, psychiatrie, psychologie
RBMT	Rivermead Behavioral Memory Test	Baddeley AD Cockburn J Wilson BA	psychiatrie, psychologie
SDSS	Signs of Depression Screening Scale	Barer DH Hammond MF O'Keeffe ST	psychiatrie, psychologie

Zdroj: Databáze PROQOLID

Tyto důvody vedly pracovní skupinu WHOQOL, která zahájila svou činnost z podnětu Světové zdravotnické organizace začátkem 90. let, aby navázala na svou práci spočívající ve stanovení definice a vytvoření dotazníků WHOQOL pro obecnou populaci (WHOQOL, 1998a; Dragomirecká 2006a) a vyvinula dotazník kvality života pro seniorskou populaci.

3.2.1 Projekt Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD

Mezinárodní projekt „Měření kvality života seniorů a její vztah k zdravému stárnutí. WHOQOL-OLD“²⁹ probíhal v letech 2001-2004 a zúčastnilo se jej 23 výzkumných center čtyř kontinentů, jak ukazuje následující přehled.

Pracovní skupina WHOQOL-OLD
Austrálie, Melbourne
Brazílie, Porto Alegre
Česká republika, Praha
Čína, Hong-Kong
Čína, Kanton
Dánsko, Kodaň
Francie, Paříž
Izrael, Beer-Sheva
Japonsko, Tokio
Kanada, Victoria
Litva, Vilnius
Maďarsko, Budapešť
Německo, Lipsko
Norsko, Oslo
Španělsko, Barcelona
Švédsko, Umea
Švýcarsko, Ženeva
Turecko, Izmir
Uruguay, Montevideo
USA, Seattle
Velká Británie, Edinburgh – hlavní koordinátor projektu
Velká Británie, Bath
WHO, Evropa

Cílem projektu bylo vytvořit instrument k měření kvality života ve stáří (WHOQOL-OLD) na základě dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace pro zdravou i nemocnou starší populaci. Dalším cílem bylo využití tohoto nového instrumentu v mezinárodní studii zaměřené na faktory související se zdravým stárnutím. Výzkum hledal odpověď na otázku, zda je kvalita života ve stáří pojmem, který má v každé kultuře svou specifickou podobu, případně které faktory jsou společné pro všechny kultury a mohou být

²⁹ European Commission Framework V. Programme – QLK6-2000-00320
The Measurement of Quality of Life in Older Adults and its Relationship to Healthy Ageing. WHOQOL-OLD.

využity v oblasti zdravotní péče a psychosociálních intervencí. Jinak řečeno, studie si kladla za cíl přispět svým dílem k pochopení biologického a sociálního podmínění stárnutí.

Účast na projektu financovaném Evropskou komisí nám umožnila získat cenná kvalitativní a kvantitativní data o české, resp. pražské populaci seniorů, která jsou analyzována nebo komentována v praktické části.

Výstupem projektu je mezinárodně srovnatelný dotazník kvality života WHOQOL-OLD (Power, 2005) a dotazník postojů ke stáří AAQ (Attitudes to Ageing Questionnaire, Laidlaw, 2006). Souhrnné výsledky studie dosud nebyly publikovány – vázanost publikačními pravidly a z toho vyplývající časové zpoždění je jednou z mála nevýhod mezinárodních projektů.

3.3 Dosavadní výzkumy v ČR zaměřené na kvalitu života seniorů

Kvalita života seniorů byla u nás zjišťována již 80. letech pětipoložkovým dotazníkem VAS (Vizuální analogová stupnice Křivohlavého). V devadesátých letech byla podobná metoda (jednopoložková VAS) použita pro zjištění obecné spokojenosti starých lidí v Institutu pro postgraduální vzdělávání (Topinková, 1994).

Studie uskutečněné v 90. letech byly zaměřeny především na zdravotní a sociální podmínky starých lidí v určitých oblastech (Zaremba, 1988; Dragomirecká, 1992), spokojenost s institucionální péčí (Janečková, 1999), zátěž pečovatелů a obecné životní podmínky ve starším věku (Kasalová, 1988; Schimmierlingová, 1978). Jako nástroje byly použity strukturované rozhovory týkající se základních potřeb, mobility, spotřeby zdravotní a sociální péče, subjektivního zdravotního stavu a spokojenosti; pro výzkum zátěže pečovatелů byl Křivohlavým adaptován instrument Burnout Measure.

Kožený (2005) se zabýval faktory, které ovlivňují adaptaci seniorek na stárnutí, především vlivem temperamentu. Na souboru seniorek ve věku 65-75 let žijících ve vlastní domácnosti zjistil, že schopnost vybudovat si uspokojivou síť sociálních vztahů závisí spíše na rysu extravertizace než emocionální lability, resp. stability. Model vztahu extravertizace a adaptace na stáří byl potvrzen na souboru žen žijících v domovech sociální péče stejně jako předpoklad vztahu emocionální lability a životní spokojenosti ovlivněného mírou deprese. Jako opatření, které by mohlo příznivě ovlivnit životní spokojenost v institucích, doporučuje vytváření atraktivního stimulujícího prostředí a větší zapojení širší rodiny do péče o seniory.

4 METODIKA

Obecně formulovaným cílem práce byla analýza faktorů ovlivňujících kvalitu života v období stárnutí a stáří. Na základě dosavadních poznatků jsme se zaměřili na následující okruhy:

- (1) ověřit vliv klinických, sociálních a demografických faktorů, u nichž se předpokládá významný vztah ke kvalitě života ve vyšším věku;
- (2) porovnat kvalitu života osob vyššího věku s mladší populací s přihlédnutím k rozdílům mezi muži a ženami;
- (3) ověřit, zda jsou pro kvalitu života ve vyšším věku rozhodující vybrané charakteristiky biologické, psychologické, sociální nebo ekonomické;
- (4) nalézt charakteristiky, v kterých se soubor reprezentující aktivní stárnutí odlišuje od běžné seniorské populace.

Otázky zde naznačené mohou mít podobu následujících hypotéz. Pro pojmy použité v hypotézách platí tato vymezení: „kvalita života“ je vyjádřena doménovými skóry dotazníku kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-BREF, „celková kvalita života“ odpovídá hodnocení na samostatné pětibodové škále, „depresivita“ je vyjádřena skórem pozitivních příznaků měřených instrumentem GDS, označení „vyšší věk“ nebo „seniorský /starší soubor“ se vztahuje k výběrovému souboru 325 osob pražské populace starších 59 let, „mladší věk“ nebo „mladší soubor“ označuje výběrový soubor 310 osob pražské populace ve věku 18-59 let. „Aktivní stárnutí“, „aktivní senioři“ a „soubor U3V“ se vztahuje k souboru posluchaček Univerzity třetího věku FF UK v Praze.

4.1 Hypotézy

- (1a) Kvalita života ve vyšším věku je ve všech sledovaných doménách významně nižší u osob se zdravotními potížemi.
- (1b) Kvalita života ve vyšším věku je ve všech sledovaných doménách významně nižší u osob s vyšší depresivitou.
- (1c) Kvalita života v některých doménách je významně nižší u osob, které žijí bez partnera.
- (1d) Kvalita života v některých doménách je významně nižší u osob, které uvádějí horší finanční situaci.

(1e) Kvalita života v některých doménách je významně nižší u bezdětných žen.

(1f) Kvalita života nemá významný vztah ke stupni dosaženého vzdělání.

(2a) Kvalita života v oblasti zdraví a prožívání u staršího souboru je významně nižší v porovnání s mladším souborem.

(2b) Kvalita života v oblasti zdraví a prožívání je ve starším věku u žen významně nižší než u mužů.

(2c) V mladším věku se kvalita života mužů a žen neliší v žádné ze čtyř sledovaných oblastí.

(3a) Kvalita života ve starším věku není predikována jedním faktorů, ale souborem faktorů.

(3b) Jako prediktory se uplatní vyšší věk, horší zdravotní stav a vyšší depresivita.

(4a) Soubor aktivních seniorů má v porovnání s běžnou seniorskou populací významně méně depresivity.

(4b) Soubor aktivních seniorů má v porovnání s běžnou seniorskou populací významně lepší kvalitu života v oblasti prožívání.

(4c) Soubor aktivních seniorů se v porovnání s běžnou seniorskou populací významně méně často se ztotožňuje s negativními postoji ke stáří.

4.2 Projekt WHOQOL-OLD

Tato práce vychází z dat projektu „Měření kvality života seniorů a její vztah k zdravému stárnutí. WHOQOL-OLD“³⁰, především z výsledků šetření kvality života u reprezentativního souboru pražské populace ve věku 60 a více let. Protože však využíváme a komentujeme poznatky získané v celém průběhu práce na projektu, je následující část věnována popisu jednotlivých etap projektu a metod v nich použitých.

4.2.1 Přehled metod použitých v projektu WHOQOL-OLD

Jednotlivé etapy práce na projektu zahrnovaly:

1. rešerši používaných dotazníků a návrh podoby nového instrumentu (červen – srpen 2001);
2. organizaci řízených skupinových rozhovorů (září 2001 – leden 2002);
3. vytvoření a překlad dotazníkových položek a konstrukce škál (únor – srpen 2002);

³⁰ „The Measurement of Quality of Life in Older Adults and its Relationship to Healthy Ageing. WHOQOL-OLD.“ European Commission Framework V. Programme – QLK6-2000-00320. Projekt probíhal v letech 2001-2004. Autorka pracovala jako koordinátorka projektu za Českou republiku.

4. pilotní testování dotazníku na 300 osobách starších 59 let (září 2002 – leden 2003);
5. úpravu dotazníku na základě jeho psychometrických vlastností (únor -září 2002);
6. vlastní studii (říjen 2003 – leden 2004).

4.2.1.1 Delphi metoda

Úkolem první etapy bylo stanovení metodických východisek - zda budou stávající dotazníky WHOQOL modifikovány nebo ponechány v původní podobě a doplněny novým modulem, jakou podobu budou mít otázky a škály odpovědí, jaké oblasti jsou pro kvalitu života relevantní, jaká další měření a instrumenty by měla být použita v pilotním testování a podobně. Pro tento účel byla použita metoda expertní shody, tzv. Delphi metoda, která vznikla v 50. letech pro potřeby prognózování (Cornish, 1977) se v současnosti využívá jako obecná strategie skupinového rozhodování pro situace, kdy účastníci mají rozdílné názory, ale společný zájem se dohodnout. Práce na problému probíhá tak, že koordinátor rozešle všem účastníkům otázky k projednání s nabídkou odpovědí a prostorem pro komentář. Výsledky včetně komentářů zpracuje do tabulky, která obsahuje souhrnné odpovědi účastníků, vlastní odpověď a komentáře, a žádá o případné přehodnocení názoru pod vlivem argumentů ostatních účastníků. Cílem postupu je dojít k nadpoloviční shodě projednávaných otázek. Metoda je velmi vhodná pro mezinárodní skupiny, protože odstraňuje jazykovou bariéru a mocenskou hierarchii. Příkladá názoru každého experta stejnou váhu a umožňuje mu se zabývat problémem v čase, který si zvolí. Při vytváření dotazníku WHOQOL-OLD bylo tímto způsobem rozhodnuto, že časovým rámcem dotazníku bude 14 dní, pro hodnocení odpovědí bude použita 5 bodová Likertova škála, souběžně s měřením kvality života bude zjišťována míra depresivity, byly stanoveny výchozí domény apod.

4.2.1.2 Focus groups

Focus groups, neboli řízené skupinové rozhovory³¹, jsou kvalitativní metodou získávání dat (Hendl, 1997; Morgan, 2001). Jedná se o strukturovaný rozhovor 6-8 účastníků, řízený koordinátorem diskuse podle předem připravených otázek. Cílem této metody je zjistit rozsah určitého problému za využití skupinové dynamiky, která pomáhá při odhalování kolektivních postojů a emočně důležitých témat. Během skupinového rozhovoru dochází k vyrovnávání stanovisek a zaměření se na nejdůležitější oblasti, cenným materiálem je také verbalizace důvodů pro souhlas nebo nesouhlas s určitými postoji. V tomto projektu bylo

³¹ Český název metody navrhl sociolog L. Rabušic jako alternativu doslovného překladu „ohniskové skupiny“, který je sémanticky nevyhovující.

skupinových rozhovorů využito k hledání témat, která jsou relevantní pro kvalitu života seniorů. Úkolem každého zúčastněného centra bylo zorganizovat šest skupinových rozhovorů se seniory (tabulka 7), odbornými pracovníky a rodinnými příslušníky. Doslovný přepis nahraných rozhovorů sloužil jako podklad pro obsahovou analýzu; zároveň byl zahrnut do mezinárodní databáze jako materiál pro vytváření dotazníkových položek.

Tabulka 7 Účastníci skupinových rozhovorů (senioři)

FG1: 60-79 let, zdraví; 11 osob, aktivní, žijící ve vlastní domácnosti
FG2: 60-79 let, nemocní; 8 osob, aktivní, žijící ve vlastní domácnosti
FG3: 80 a více let, nemocní; 5 osob, rehabilitační pobyt v Gerontocentru
FG4: 80 a více let, zdraví; 4 ženy docházející do Domu aktivního stáří PORTUS

Diskuse byla řízena moderátorem a strukturována podle předem připravených otázek:

- Co se Vám na Vašem životě líbí, co Vás v životě těší, z čeho máte radost?
- Co Vás v životě nejvíce trápí a jak by se to dalo zlepšit?
- Co očekáváte od lidí kolem Vás? Jak by Vám mohli pomoci?
- Co rozumíte pod pojmem „kvalita života“?
- Jaká je kvalita Vašeho života ve srovnání s lidmi stejného nebo podobného věku?
- Co konkrétně zlepšuje/zhoršuje kvalitu Vašeho života?
- Kdybyste měli jmenovat jednu nejdůležitější věc, která nejvíce ovlivňuje kvalitu Vašeho života, co by to bylo?

Po přepisu rozhovoru byl text rozdělen na jednotlivá tvrzení, přičemž tvrzení bylo definováno jako promluva jednoho respondenta týkající se jednoho tématu, což znamená, že pokud se respondent v jedné větě dotkl více témat, byla jeho promluva rozdělena na více tvrzení. Každé tvrzení mělo kódovací kartu, která obsahovala znění promluvy a popis kontextu, určení skupinového rozhovoru a pohlaví respondenta, počet slov a typ promluvy (např. negativní nebo pozitivní hodnocení, vlastní zkušenost, souhlas nebo nesouhlas s předchozím tvrzením atd.). Základem pro interpretaci výsledků bylo nalezení oblastí, které jsou pro respondenty významné ve vztahu ke kvalitě jejich života. Při hledání vnitřní struktury tématu jsme postupovali od jednotlivých tvrzení přes tématické okruhy, podoblasti a oblasti metodou kvalitativní interpretativní analýzy (Kronick, 1997).

4.2.1.3 Překlad položek a konstrukce dotazníkových škál

Při vytváření položek dotazníků WHOQOL byla použita metoda současného (simultánního) vývoje, na rozdíl od postupného (sekvenčního) modelu, kdy se instrument vytvořený v jednom jazyce následně překládá do dalších jazyků, a souběžného (paralelního) vývoje, kdy položky sice vytváří mezinárodní tým, ale tyto práce probíhají v jednom jazyce a položky jsou posléze přeloženy do ostatních jazyků. Jednotlivá pracoviště vytvořila vlastní definici různých aspektů kvality života a posléze i vlastní znění položek, které byly teprve následně překládány do společného pracovního jazyka, do angličtiny. Tato metoda vychází z přesvědčení, že kulturní kontext je ústředním faktorem kvality života, ne pouze něčím, co měření kvality života ovlivňuje nebo zkresluje.

Při překladu jsme postupovali podle standardní metodologie WHO (Sartorius 1994), která zahrnuje překlad do cílového jazyka na základě dvou překladů vyhotovených nezávisle na sobě, posouzení jeho pojmové, významové a technické ekvivalence bilingvním posuzovatelem a panelem osob reprezentujících populaci možných respondentů, kteří neznají jazyk originálu, a zpětný nezávislý překlad upravené pracovní verze do jazyka originálu s cílem nalézt a opravit pojmové a významové diskrepance.

Pro konstrukci škál jsme použili speciální postup (Sartorius 1994, Szabo 1997) vycházející z Thurstonovy metody zdánlivě stejných intervalů (Břicháček, 1978). Položky dotazníku WHOQOL se hodnotí na pětistupňové Likertově škále, resp. na pěti dotazníkových škálách, které vyjadřují množství (vůbec ne – maximálně), kapacitu (vůbec ne – zcela), frekvenci (nikdy – neustále) a hodnocení (velmi nespokojen – velmi spokojen; velmi špatný – velmi dobrý). S překladem krajních bodů nebyvají problémy, protože výrazy jako „nikdy“ nebo „neustále“ mají v jiných jazycích jednoznačný ekvivalent, což v češtině platí i pro škálové body hodnocení a kapacity. Pro druhý, třetí a čtvrtý stupeň škál množství a frekvence byla použita metoda konstrukce ekvidistantních škál. Postup spočívá v tom, že se pro každou vytvářenou škálu vyhotoví seznam alespoň 15 výrazů, které by mohly sloužit jako druhý, třetí a čtvrtý bod, a tento seznam se předloží respondentům společně s 100 mm úsečkou ohraničenou krajními body. Ke každému výrazu je vytištěna jedna úsečka. Respondenti mají za úkol udělat na úsečce křížek tak, aby znázorňoval významovou vzdálenost příslušného výrazu od krajních bodů. Na základě odpovědí respondentů se pro každý výraz spočítá jeho průměrné umístění na úsečce (v mm), směrodatná odchylka a procento chybných zařazení, které vyjadřuje, kolikrát dosáhl výraz, který označuje malé množství, hodnoty vyšší než 50

mm a naopak. Pro druhý, třetí a čtvrtý bod škály se následně vyberou výrazy s průměrem okolo 25, 50 nebo 75 mm od nulového bodu, s nízkou směrodatnou odchylkou a malým výskytem chybných zařazení. Seznam testovaných výrazů jsme sestavili podle škál používaných českých dotazníků, které jsme doplnili o použitelné škálové body dotazníku WHOQOL v jiných jazycích (Dragomirecká, 2006a).

4.2.1.4 Pilotní studie a úprava dotazníků

Pilotní šetření sloužilo jako podklad pro úpravu dotazníku WHOQOL-OLD na základě jeho psychometrických charakteristik. Úkolem každého spolupracujícího centra bylo získat data od souboru alespoň 300 osob při dodržení těchto požadavků: stejný počet žen a mužů; stejné zastoupení ve věkových kategoriích 60-69 let, 70-79 let a 80 a více let; a zahrnutí osob s různým stupněm zdravotních potíží včetně zdravých respondentů. Sběr dat organizovaný Psychiatrickým centrem probíhal v Praze, ve spolupráci s organizacemi, které poskytují seniorům zdravotní nebo sociální péči nebo pro ně zajišťují rekreační a vzdělávací aktivity. Sada instrumentů obsahovala dotazník kvality života WHOQOL-100, 40 položek pilotní verze WHOQOL-OLD, 38 otázek na hodnocení důležitosti jednotlivých aspektů (podoblastí)³² obsažených ve WHOQOL-100 a WHOQOL-OLD, seznam zdravotních potíží a formulář sociodemografických údajů. Získali jsme data od 350 seniorů (175 mužů a 175 žen) s průměrným věkem 74 let (v rozsahu od 58 do 95 let), žijících v Praze. Vzhledem k nižší střední délce života u mužů a jejich menší ochotě účastnit se dotazníkových šetření, nebylo snadné získat odpovídající počet mužů nad 79 let. Z tohoto důvodu jsme se nepřipojili ani ke studii stoletých, kterou iniciovalo japonské centrum. Celkem byla v pilotním šetření získána data od 7401 osob z 22 výzkumných center. Analýzu dat provedli pracovníci Univerzity v Edinburghu za využití klasických i moderních postupů položkové analýzy. Psychometricky nevhodné položky byly vyloučeny, popř. upraveny tak, aby byl dotazník WHOQOL-OLD validní ve všech jazykových verzích. Celkový počet položek byl redukován na 33.

³² Anglicky „facet“, prof. Jiří Kožený zavádí do češtiny podobu „faceta“.

4.2.1.5 Terénní studie

Cílem poslední fáze projektu bylo další ověření reliability a validity WHOQOL-OLD ve výzkumech zaměřených na vztah kvality života a zdravého stárnutí. Baterie instrumentů závazná pro všechna centra obsahovala 26-položkový dotazník kvality života WHOQOL-BREF, 33- položkový doplněk pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD, 38- položkový dotazník postojů ke stáří EAAQ, 30-položkovou škálu pro měření depresivity GDS a 20-položkový formulář sociodemografických údajů.

Výzkum kvality života jsme realizovali na dvou souborech, a to (1) reprezentativním souboru osob nad 59 let žijících v Praze a (2) souboru posluchačů Univerzity třetího věku FF UK v Praze. Jednalo se o jednorázové průřezové dotazníkové šetření.

Sběr dat probíhal v období listopadu a prosince 2003. Data prvního souboru byla získána částečně formou dotazníku a částečně technikou standardizovaného rozhovoru tazatele s respondentem v závislosti na přání respondenta a na jeho zdravotním stavu. Posluchači Univerzity třetího věku vyplňovali dotazníky bez asistence.

4.2.2 Dotazníkové šetření kvality života u souboru osob ve věku 18 – 59 let

V této práci využíváme data dalšího jednorázového dotazníkového šetření, které se uskutečnilo v rámci projektu „Adaptace a validizace metod měření kvality života pro klinickou praxi“³³. Šetření sloužilo mimo jiné jako podklad pro výpočet orientačních norem pro dotazník WHOQOL-BREF a zahrnovalo výběrový soubor osob reprezentativní pro pražskou populaci ve věku 18 -59 let. Aby bylo možné tento soubor porovnat s výběrovým vzorkem starší populace získaným v projektu WHOQOL-OLD, byla do sady dotazníků kromě dotazníku WHOQOL-BREF, který byl použit u obou souborů, zařazena také škála pro měření depresivity GDS a formulář sociodemografických údajů.

³³ Projekt Psychiatrického centra č. NO/7695-3 řešený v letech 2003-2005 za finanční podpory Interní grantové agentury MZ ČR č. NO/7695-3

4.3 Instrumenty

Baterii dotazníků pro výzkum kvality života seniorů tvořila krátká verze Dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL-BREF), modul určený pro starší populaci (WHOQOL-OLD), instrument zjišťující výskyt depresivních symptomů (GDS), dotazník postojů ke stáří (AAQ) a formulář sociodemografických údajů. Následující přehled představuje instrumenty v té podobě, ve které byly použity v terénní studii v r. 2003.

4.3.1 Krátká verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF (Abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life Assessment; WHOQOL Group, 1998b).

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí WHOQOL-100. Při výběru položek pro WHOQOL-BREF se vycházelo ze struktury se čtyřmi doménami: fyzickým zdravím, prožíváním, sociálními vztahy a prostředím. Aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života, byly zachovány všechny facety. WHOQOL-BREF tedy představuje výběr 26 položek, z nichž dvacet čtyři zastupuje jednotlivé facety a dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Položky se hodnotí na pětibodových škálách. Znění položek a škál je beze změn převzato z dotazníku WHOQOL-100. Strukturu WHOQOL-BREF ukazuje tabulka 8, celé znění dotazníku je uvedeno v příloze 1. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyjadřují jako (a) *doménové skóry*, které vzniknou součtem hrubých skóre příslušných položek a jejich transformací na škálu od 4 do 20 nebo od 0 do 100, a (b) *hrubé skóry dvou samostatných položek*, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Dotazník vyplňuje respondent, pouze v případě potřeby se předkládá formou standardizovaného rozhovoru. Vyplnění asi 10 minut. WHOQOL-BREF byl validizován pro zdravou populaci a pro pacienty s různým typem somatických a duševních potíží (Dragomirecká, 2006c). U pacientů se závažným duševním onemocněním je použití podmíněno aktuálním stavem a určitou úrovní zachovaných kognitivních schopností. V případě, že pacienti nesplňují tato vstupní kritéria, je třeba zvolit jinou metodu sledování kvality života.

Tabulka 8. Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

domény	položky
fyzické zdraví	q3 bolest a nepříjemné pocity q4 závislost na lékařské péči q10 energie a únava q15 pohyblivost q16 spánek q17 každodenní činnosti q18 pracovní výkonnost
prožívání	q5 potěšení ze života q6 smysl života q7 soustředění q11 přijetí tělesného vzhledu q19 spokojenost se sebou q26 negativní pocity
sociální vztahy	q20 osobní vztahy q21 sexuální život q22 podpora přátel
prostředí	q8 osobní bezpečí q9 životní prostředí q12 finanční situace q13 přístup k informacím q14 záliby q23 prostředí v okolí bydliště q24 dostupnost zdravotní péče q25 doprava
2 samostatné položky	Q1 kvalita života Q2 spokojenost se zdravím

4.3.2 Dotazník kvality pro starší populaci WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life Assessment, Old Module; Power, 2005).

V dotazníkovém šetření byla použita 33-položková verze dotazníku WHOQOL-OLD (příloha 2). Přehled domén a položek dotazníku ukazuje tabulka 9.

Tabulka 9 Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

domény	položky
fungování smyslů	F25.1 vliv na každodenní život
	F25.3 vliv na činnosti
	F25.4 vliv na komunikaci
	F25.2 hodnocení smyslů
nezávislost	F26.1 svobodné rozhodování
	F26.2 rozhodování o budoucnosti
	F26.4 ostatní respektují svobodu rozhodování
	F26.3 věnovat se tomu, co mě těší
naplnění	F27.3 možnosti něco dosáhnout
	F27.4 zasloužené uznání
	F27.6 povídat si o minulosti
	F27.1 na něco se těšit
	F27.2 přínos společnosti
	F27.5 spokojenost s dosaženým
sociální zapojení	F28.6 izolace
	F28.3 dostatečně chodit ven
	F28.4 dostatek činností
	F28.1 spokojenost s trávením času
	F28.2 spokojenost s aktivitami
	F28.7 zapojení do místního dění
	F28.5 smysluplnost činností
intimita	F30.1 sdílení myšlenek
	F30.2 přátelství
	F30.3 láska
	F30.4 příležitost někoho milovat
	F30.5 fyzická blízkost
	F30.6 míra důvěrnosti
	F30.7 být milován
postoj k smrti	F29.1 strach ze smrti blízkých
	F29.2 strach, jak zemřu
	F29.3 strach ze ztráty kontroly
	F29.4 strach z umírání
	F29.5 strach z bolesti

Dotazník hodnotí 6 oblastí, které jsou důležité pro osoby vyššího věku, a to fungování smyslů, nezávislost, naplnění (ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a v budoucnosti), sociální zapojení (kontakty s lidmi a dostatek smysluplných činností), postoj ke smrti a umírání a intimita. Instrument není určen pro samostatné použití, ale jako dodatkový modul k dotazníkům kvality života WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF.

4.3.3 Dotazník postojů ke stáří a stárnutí AAQ (Attitudes To Ageing Questionnaire, Laidlaw, 2006).

Předběžná verze dotazníku, připravovaného týmem Univerzity v Edinburghu, měla původně 38 položek pokrývajících oblast pozitivního prožívání, negativního prožívání a zdravotního (somatického) stavu. Přehled položek a dimenzí ukazuje tabulka 10.

Tabulka 10 Přehled dimenzí a položek AAQ

domény		položky
psychosociální ztráty	aaq7	stáří je čas samoty
	aaq10	stáří je čas depresí
	aaq14	je obtížné hovořit o pocitech
	aaq17	stáří je období ztrát
	aaq21	ztráta fyzické soběstačnosti
	aaq24	je obtížné najít si přátele
	aaq32	nejsem začleněný do společnosti
	aaq34	cítím se vyřazený
fyzické změny	aaq12	cvičení je důležité
	aaq13	stárnutí je snazší
	aaq16	necítím se starý
	aaq19	identita není dána věkem
	aaq20	mám dost energie
	aaq22	fyzické problémy mě neomezují
	aaq36	zdravotní stav je dobrý
	aaq37	udržuji se aktivní
psychologický růst	aaq2	lepší vyrovnání se životem
	aaq4	je výsadou dožít se vyššího věku
	aaq8	moudrost přichází s věkem
	aaq9	stáří přináší příjemné věci
	aaq15	jsem vůči sobě tolerantnější
	aaq25	předávání zkušeností
	aaq30	můj život má význam
	aaq33	příklad mladým lidem

Položky mají jak podobu obecného tvrzení, např. „Stáří je čas samoty“, tak osobní zkušenosti, např. „Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech“. Položky jsou hodnoceny na pětibodové škále. Úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze 3. Na základě dat z terénní studie byla vytvořena současná 24-položková podoba dotazníku s dimenzemi přejmenovanými na oblast psychosociálních ztrát, fyzických změn a psychologického růstu (Laidlaw, 2006).

4.3.4 Dotazník pro hodnocení nálady GDS (Geriatric Depression Scale; Yesavage 1983).

Tento nástroj, vytvořený na Stanfordské Univerzitě původně pro starší populaci, je v posledních desetiletích používán pro všechny věkové skupiny. Obsahuje 30 otázek na přítomnost depresivních příznaků. Pokrývá čtyři oblasti, a to kladné prožívání, smutnou náladu, sníženou výkonnost/apatičnost a vyhýbání se kontaktům. Za výsledek v mezích normy, resp. nepřítomnost deprese, se počítá 0 až 9 pozitivních odpovědí; 10 až 19 pozitivních odpovědí ukazuje na lehčí formu deprese, 20 a více pozitivních odpovědí znamená závažnou formu deprese. Kriteriační validita vzhledem k diagnóze deprese je vysoká, uvádí se senzitivita 92 % a specifická 89 %. Škála nebyla validizována na naše podmínky, při jejím použití se vychází se zahraničních údajů. Plné znění je uvedeno v příloze 4.

4.3.5 Formulář sociodemografických údajů

Formulář obsahuje základní demografické údaje, hodnocení finanční situace, vztahu k dětem a vnoučatům, informace o zdravotním stavu a případné léčbě a otázky na životní styl (viz příloha 5).

4.4 Soubory

Soubory, jejichž data jsou analyzována v této práci, ukazuje následující přehled:

<i>popis</i>	<i>spolupracující organizace</i>	<i>koordinátor</i>	<i>typ šetření</i>	<i>počet případů</i>
reprezentativní soubor pražské populace 60+	Agentura INRES	PhDr. Petr Sadílek	jednorázové; víceetapový náhodný výběr	325
reprezentativní soubor pražské populace 18-59	Agentura INRES	PhDr. Petr Sadílek	jednorázové; víceetapový náhodný výběr	308
studenti U3V ³⁴ FF UK v Praze	Katedra psychologie FF UK v Praze	doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.	jednorázové	142

U výběrového souboru osob nad 60 let uvádíme podrobný popis jeho demografických charakteristik, u výběrového souboru mladší populace pouze ty charakteristiky, které mohou hrát roli při srovnání obou souborů.

³⁴ Univerzity třetího věku Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

4.4.1 Výběrový soubor pražské populace 60+

Základní soubor tvořili obyvatelé Prahy ve věku 60 a více let. Výběrem souboru a sběrem dat byla pověřena agentura INRES-SONES, která se specializuje na zdravotnické průzkumy. Respondenti byli vybíráni víceetapovým náhodným kvótním výběrem tak, aby zastoupení mužů a žen v jednotlivých věkových skupinách odpovídalo jejich zastoupení v základním souboru v pražské populaci. Výběrový soubor byl konstruován tak, aby tvořil alespoň 300 osob. Sběr dat provádělo 30 zaškolených tazatelů v listopadu a prosinci 2003. Z 534 náhodně vybraných respondentů souhlasilo s účastí 387, tj. 72,5 %. Po kontrole dat pro úplnost a vyvážení bylo do reprezentativního souboru zařazeno 325 osob, z toho 59,7 % žen (tabulka 11)

Tabulka 11 Srovnání pražské populace 60 + a reprezentativního souboru REP 60+

věkové skupiny	muži		ženy		celkem	
	populace (výběrový soubor)	%	populace (výběrový soubor)	%	populace (výběrový soubor)	%
60 - 69	48993 (65)	19,9 (20)	59138 (78)	24,1 (24)	108131 (143)	44,0 (44)
70 - 79	38012 (50)	15,5 (15,4)	58672 (78)	23,8 (24)	96684 (128)	39,3 (39,4)
80 +	12244 (16)	5,0 (4,9)	28831 (38)	11,7 (11,7)	41075 (54)	16,7 (16,6)
celkem	99249 (131)	40,4 (40,3)	146641 (194)	59,6 (59,7)	245890 (325)	100,0

Zdroj: Věková struktura populace v ČR v roce 2002, Praha, ČSÚ a šetření WHOQOL-OLD 2003

Průměrný věk souboru činil 71 let (v rozmezí 60-93 let). Podíl respondentů v jednotlivých věkových skupinách ukazuje tabulka 12. Asi polovina respondentů (52,6 %) žila v manželství nebo s partnerem. Téměř polovina (44%) žen byla ovdovělá (tabulka 13). Vzhledem k tomu, že pražská populace je charakterizována vyšším vzděláním, 74,4% respondentů mělo alespoň středoškolské vzdělání; muži dosáhli vyššího vzdělání než ženy (tabulka 14). Většina respondentů (92,6 %) žila doma, buď s podporou nebo bez podpory rodiny, pečovatele nebo partnera (tabulka 15). Většina respondentů byla dříve zaměstnána a pracovala v kvalifikovaných pozicích (tabulka 16); třetina pracovala do současnosti (tabulka 17).

Tabulka 12 Respondenti podle pohlaví a věku

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
60-69	65	49,6	78	40,2	143	44
70-79	50	38,2	78	40,2	128	39,4
80 +	16	12,2	38	19,6	54	16,6
celkem	131	100	194	100	325	100

Tabulka 13 Rodinný stav

Rodinný stav	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
svobodný/á	3	2,3	6	3,1	9	2,8
ženatý/vdaná	80	61,1	72	37,1	152	46,8
s partnerem/partnerkou	9	6,9	10	5,2	19	5,8
rozvedený/á	13	9,9	21	10,8	34	10,5
vdovec/vdova	26	19,8	85	43,8	111	34,2
celkem	131	100	194	100	325	100

Tabulka 14 Dosažené vzdělání

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
základní	0	0	22	11,3	22	6,8
vyučen/a	25	19,1	36	18,6	61	18,8
středoškolské (bez maturity)	14	10,7	28	14,4	42	12,9
středoškolské (s maturitou)	44	33,6	77	39,7	121	37,2
vysokoškolské	48	36,6	31	16	79	24,3
celkem	131	100	194	100	325	100

Tabulka 15 Typ bydlení

Životní situace	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
žijí doma (s pomocí)	77	58,8	97	50	174	53,5
žijí s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)	5	3,8	11	5,7	16	4,9
žijí doma (bez pomoci)	47	35,9	80	41,2	127	39,1
žijí v penzionu, v domě s pečov. službou	2	1,5	2	1	4	1,2
žijí v zařízení komunitní péče	0	0	3	1,5	3	0,9
žijí v domově důchodců	0	0	1	0,5	1	0,3
celkem	131	100	194	100	325	100

Tabulka 16 Zaměstnání

Především zaměstnání	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
odborný a vedoucí pracovník	47	38,2	55	29,1	102	32,7
v obchodu a službách	5	4,1	23	12,2	28	9
kvalifikovaný pracovník nebo úředník	50	40,7	79	41,8	129	41,3
nízká kvalifikace	20	16,3	26	13,8	46	14,7
zemědělec	0	0	2	1,1	2	0,6
voják	1	0,8	0	0	1	0,3
v domácnosti	0	0	4	2,1	4	1,3
celkem	131	100	194	100	325	100

Tabulka 17 Současný pracovní status

Současné zaměstnání	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
pracuji na plný úvazek	25	19,1	13	6,7	38	11,7
pracuji na částečný úvazek	16	12,2	20	10,3	36	11,1
pracuji jen příležitostně	11	8,4	12	6,2	23	7,1
jsem samostatně výdělečně činný	9	6,9	2	1,0	11	3,4
vykonávám dobrovolnou práci	1	0,8	7	3,6	8	2,5
celkem těch, kteří pracují	62	47,3	54	27,8	116	35,7
celkem	131	100	194	100	325	100

4.4.2 Výběrový soubor pražské populace 18-59

Výběr a sběr dat zajišťovala agentura INRES-SONES. Základní soubor tvořili občané Prahy ve věku 18-59 let. Výběrový soubor byl konstruován tak, aby odpovídal svým složením základnímu souboru z hlediska pohlaví a věku respondentů. Jednotlivé věkové skupiny byly vymezeny v rozmezí 18-29 let, 30-39 let, 40-49 let a 50-59 let. V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 456 náhodně vybraných respondentů s žádostí o účast ve výzkumu, 330 respondentů, tj. 72,4 %, souhlasilo. Po kontrole dat a vyvážení bylo do souboru zařazeno 310 osob (tabulka 18).

Tabulka 18 Srovnání pražské populace ve věku 18-59 let a reprezentativního souboru REP 18-59

věkové skupiny	muži		ženy		celkem	
	populace (výběrový soubor)	%	populace (výběrový soubor)	%	populace (výběrový soubor)	%
18-29	109569 (47)	30,6 (31,7)	106417 (48)	28,7 (29,6)	215986 (95)	29,5 (30,6)
30-39	83199 (33)	23,3 (22,3)	83438 (34)	22,5 (21)	166637 (67)	23 (21,6)
40-49	74685 (33)	20,9 (22,3)	79195 (35)	21,4 (21,6)	153880 (68)	21,2 (21,9)
50-59	90257 (35)	25,2 (23,7)	101489 (45)	27,4 (27,7)	191746 (80)	26,3 (25,9)
celkem	357710 (148)	100	370539 (162)	100	728249 (310)	100

Zdroj: Věkové složení obyvatel ČR, kraj Praha k 31.12.2003, ČSÚ, Praha 2004 a šetření PCP, 2004

Základní demografické charakteristiky uvádíme ve vztahu k souboru REP 60+.

Soubor 60+ (N = 325)	Soubor 18 – 59 (N = 310)
60 % žen, průměrný věk 71 (60-93)	52 % žen, průměrný věk 38 (18-59)
68 % mužů a 42 % žen žilo s partnerem	63 % mužů a 62 % žen žilo s partnerem
70 % mužů a 56 % žen mělo maturitu nebo VŠ	78 % mužů a 77 % žen mělo maturitu nebo VŠ
47 % mužů a 28 % žen ještě pracovalo	90 % mužů a 80 % žen pracovalo nebo studovalo
	2 % mužů a 1,2 % žen hledalo práci

4.4.3 Soubor účastníků vzdělávání pro seniory

Posluchači Univerzity třetího věku byli o vyplnění dotazníku požádáni v cyklu přednášek o kvalitě života; návratnost byla vzhledem k motivovanosti účastníků vysoká (odhadujeme na více než 75 %), ale přesný údaj není k dispozici. Dotazníky celkem vyplnilo 142 osob s převahou žen (92 %) ve věku od 50 do 87 let. Pro účely srovnání jsme vyloučili muže (N = 12) a věkovou hranici stanovili na 60 -79 let. Charakteristiky takto upraveného souboru (N = 105) zde uvádíme ve srovnání s podsouborem žen ve věku 60-79 let z výběrového souboru pražské populace 60+. Srovnání ukazuje, že se oba soubory odlišují především v úrovni vzdělání a životním stylu.

Soubor žen 60-79 REP (N = 155)	Soubor žen 60-79 U3V (N = 105)
průměrný věk 69 (60-79)	průměrný věk 67 (60-78)
47 % žilo s partnerem	38 % žilo s partnerem
průměrný počet dětí: 1,72	průměrný počet dětí: 1,61
průměrný počet vnoučat: 2,39	průměrný počet vnoučat: 2,26
58 % mělo maturitu nebo VŠ	89 % mělo maturitu nebo VŠ
12 % pracovalo (i částečný úvazek)	7 % pracovalo (i částečný úvazek)
8 % bylo bezdětných	8 % bylo bezdětných
29 % abstínuje	8 % abstínuje
14 % kouří	9 % kouří
61 % se považuje za zdravé	77 % se považuje za zdravé
průměrný počet nemocí: 1,47	průměrný počet nemocí: 1,51

4.5 Analýza dat

Pro stanovení statistické významnosti byla zvolena hladina 0,05, není-li uvedeno jinak. Rozdíly mezi soubory byly hodnoceny testem analýzy rozptylu ONE-WAY ANOVA pro kvantitativní proměnné a testem χ^2 pro kategoriální proměnné. Pro určení rozdílů mezi průměry více souborů byla zvolena Bonferroniho korekce významnosti. Kvantitativní proměnné, které nesplňovaly předpoklad normality rozložení byly hodnoceny neparametrickým testem analýzy rozptylů (Kruskal-Wallisův test). Prediktory kvality života byly určeny regresní analýzou, metodou STEPWISE. Jako závislé proměnné byly zařazeny doménové skóry dotazníku WHOQOL.BREF a WHOQOL-OLD; jako nezávislé proměnné byl zařazen věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, finanční situace, posouzení zdraví, zaměstnanost, skóre depresivity a tři skóre postojových dimenzí.

K analýze dat bylo použita počítačová aplikace SPSS 12.0.

5 PŘEHLED VÝSLEDKŮ

5.1 Vliv sociodemografických a klinických proměnných na kvalitu života

5.1.1 Pohlaví a věk

Výsledky pilotního šetření, ve kterém byla použita předběžná verze WHOQOL-OLD a sto položkový dotazník WHOQOL-100 na příležitostném souboru pražských seniorů (N = 350), naznačily nižší spokojenost žen v porovnání se stejně starými muži. Ženy měly významně nižší skóre ve všech doménách WHOQOL-100 kromě domény „spiritualita“ a ve facetách WHOQOL-OLD týkajících se sociálních kontaktů, péče a podpory, zdravotního stavu a finanční situace. V žádné ze sledovaných proměnných nedosahovaly ženy významně lepšího skóru než muži (Dragomirecká, abstrakt). Zajímavé je, že v hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí života naopak ženy přisoudily mnoha oblastem významně vyšší důležitost, než jim přisoudili muži. Jedinou výjimkou byl sexuální život a dosažené úspěchy (tabulka 19). Nižší kvalitu života u žen lze interpretovat objektivně horší životní situací (ve stáří častěji žijí samy, mají více zdravotních potíží a horší finanční situaci), ale je možné, že zde hraje roli také odlišný postoj k testové situaci, vyšší aspirace, kritičnost a otevřenost.

Tabulka 19 Otázky na důležitost jednotlivých oblastí života podle pohlaví

<i>důležitější pro muže</i>	<i>důležitější pro ženy</i>
<i>sexuální život</i>	<i>tělesný vzhled</i>
<i>dosažené úspěchy</i>	<i>schopnost se oprostit od negativních pocitů</i>
	<i>schopnost se pohybovat</i>
	<i>schopnost postarat se o své denní potřeby</i>
	<i>nezávislost na lécích a léčení</i>
	<i>pocit bezpečí</i>
	<i>fungování smyslů</i>
	<i>pozitivní postoj ke smrti a umírání</i>

Zdroj: Dragomirecká, 2003

V terénní studii se výsledky pilotáže potvrdily u dotazníku WHOQOL-BREF – ženy měly nižší skóre kvality života ve všech oblastech kromě sociálních vztahů (tabulka 20); v oblastech WHOQOL-OLD se naopak rozdílly víceméně neukázaly (tabulka 21). V oblastech důležitých pro starší věk tedy ženy nejsou výrazně nespokojenější nebo nehodnotí svou situaci výrazně hůře než muži. V oblasti zdraví, prožívání a prostředí je jejich kvalita života v porovnání s muži nižší.

Tabulka 20 Doménové skóre WHOQOL-BREF podle pohlaví

N=325	celkový průměr	muži n=131	ženy n=194	F (test analýzy rozptylu)	p
zdraví	13,71 ± 3,01	14,54 ± 2,71	13,13 ± 3,0	18,003	.000
prožívání	13,94 ± 2,39	14,29 ± 2,19	13,72 ± 2,49	4,580	.033
soc. vztahy	13,96 ± 2,26	13,89 ± 2,3	14,00 ± 2,24	0,200	.655
prostředí	13,57 ± 2,11	13,88 ± 2,08	13,37 ± 2,12	4,549	.034

Tabulka 21 Doménové skóre WHOQOL-OLD podle pohlaví

N=325	celkový průměr	muži n=131	ženy n=194	F	p
funkce smyslů	14,32 ± 3,75	14,24 ± 3,84	14,37 ± 3,70	0,098	.775
nezávislost	14,63 ± 3,14	14,75 ± 3,1	14,56 ± 3,16	0,273	.602
naplnění	20,58 ± 3,47	20,77 ± 3,46	20,46 ± 3,48	0,648	.421
soc. zapojení	25,08 ± 5,09	25,76 ± 4,8	24,62 ± 5,23	3,918	.049
postoj k smrti	15,03 ± 4,43	15,14 ± 4,22	14,95 ± 4,58	0,293	.588
intimita	24,26 ± 5,12	24,45 ± 4,97	24,13 ± 5,22	0,141	.708

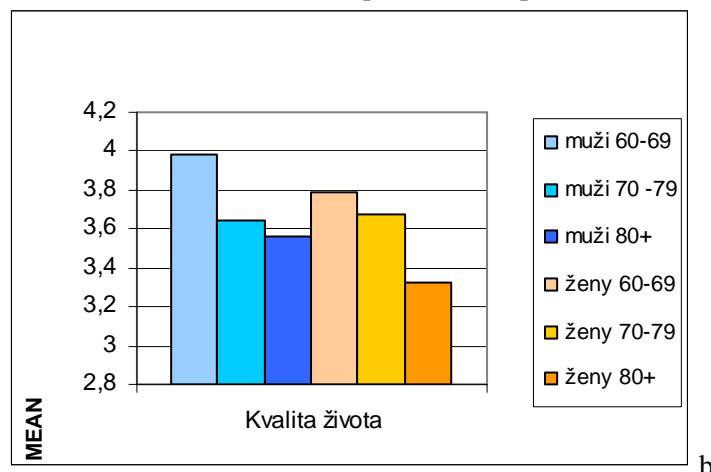
V hodnocení celkové kvality života na pětistupňové škále, kde 1= velmi špatná kvalita života a 5 = velmi dobrá, bylo průměrné hodnocení žen 3,65 a hodnocení mužů 3,80; většina mužů i žen hodnotila svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou (tabulka 22).

Tabulka 22 Celkové hodnocení kvality života podle pohlaví

	<i>Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?</i>					<i>celkem</i>
	<i>velmi špatná</i>	<i>špatná</i>	<i>ani špatná ani dobrá</i>	<i>dobrá</i>	<i>velmi dobrá</i>	
<i>žena</i>	3 1,5%	10 5,2%	55 28,4%	110 56,7%	16 8,2%	194 100,0%
<i>muž</i>	1 ,8%	9 6,9%	26 19,8%	74 56,5%	21 16,0%	131 100,0%
<i>celkem</i>	4 1,2%	19 5,8%	81 24,9%	184 56,6%	37 11,4%	325 100,0%

Graf 2 ukazuje pokles celkové kvality života s věkem. Porovnání doménových skóre u jednotlivých věkových skupin potvrdilo významný pokles kvality života ve zdravotní, psychologické a sociální doméně WHOQOL-BREF (tabulka 23) a všech doménách WHOQOL-OLD kromě postojů ke smrti (tabulka 24)

Graf 2 Celková kvalita života podle věku a pohlaví



Tabulka 23 Doménové skóre WHOQOL-BREF podle věkových skupin

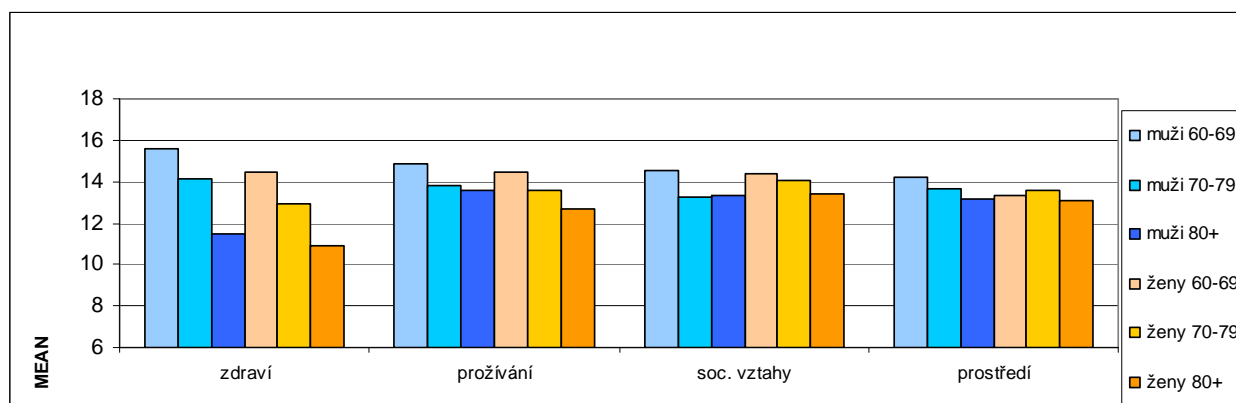
<i>N=325</i>	<i>celkový průměr</i>	<i>60-69 let N = 143</i>	<i>70-79 let N = 128</i>	<i>80+let N = 54</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
zdraví	13,71 ± 3,00	14,97 ± 2,61	13,39 ± 2,69	11,09 ± 2,82	42,73	,000
prožívání	13,95 ± 2,38	14,61 ± 2,08	13,65 ± 2,25	12,91 ± 2,88	12,421	,000
soc. vztahy	13,96 ± 2,25	14,44 ± 2,33	13,69 ± 2,10	13,33 ± 2,14	6,555	,002
prostředí	13,58 ± 2,11	13,72 ± 2,09	13,61 ± 2,06	13,11 ± 2,28	1,677	,189

Tabulka 24 Doménové skóre WHOQOL-OLD podle věkových skupin

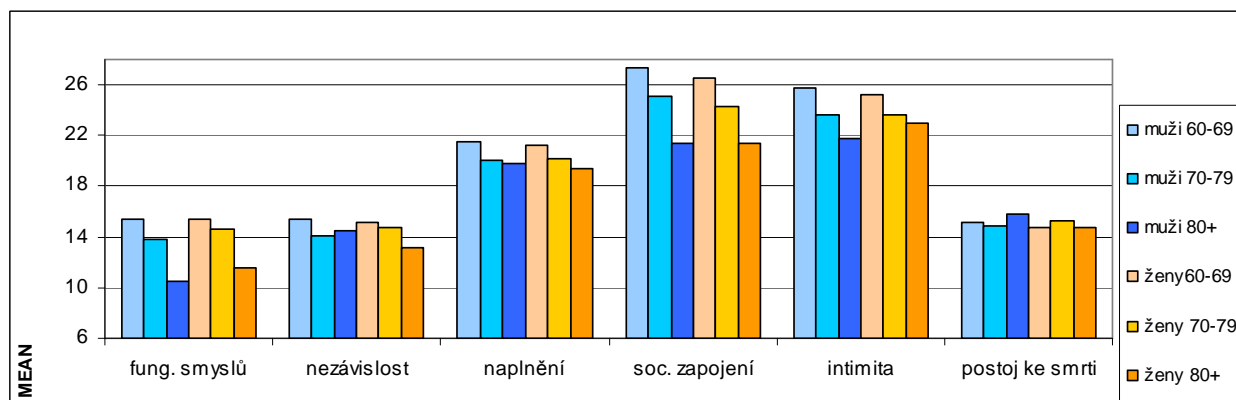
<i>N=325</i>	<i>celkový průměr</i>	<i>60-69 let N = 143</i>	<i>70-79 let N = 128</i>	<i>80+let N = 54</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
funkce smyslů	14,32 ± 3,75	15,43 ± 3,36	14,34 ± 3,54	11,31 ± 3,63	27,413	,000
nezávislost	14,63 ± 3,14	15,23 ± 3,11	14,44 ± 2,88	13,52 ± 3,47	6,436	,002
naplnění	20,58 ± 3,47	21,42 ± 3,30	20,1 ± 3,27	19,52 ± 3,89	8,300	,000
soc. zapojení	25,08 ± 5,09	26,91 ± 4,21	24,6 ± 4,59	21,37 ± 6,06	28,170	,000
postoj k smrti	15,03 ± 4,43	14,94 ± 4,66	15,11 ± 4,31	15,09 ± 4,17	0,055	,947
intimita	24,26 ± 5,12	25,44 ± 4,79	23,64 ± 4,62	22,61 ± 6,37	7,709	,001

Grafy 3 a 4 ukazují, jak vypadá pokles kvality života v jednotlivých doménách s věkem pro muže a pro ženy. U žen se s věkem významně snížila kvalita života v oblasti zdraví a prožívání, rozdíl v oblasti sociálních vztahů je na hranici významnosti ($p = 0,57$); dále v oblasti funkce smyslů, nezávislosti, naplnění a sociálního zapojení. Bonferroniho test upřesňuje (testové charakteristiky zde nejsou prezentovány), že k významnému poklesu kvality života v doméně zdraví dochází ve všech věkových skupinách, stejně jako je tomu v doméně sociálního zapojení, zatímco v doméně prožívání, fungování smyslů, nezávislosti a naplnění dochází k významnému poklesu až ve věkové skupině 80+ vzhledem k věkové skupině 60-69 let. U mužů je pokles kvality života ve věkových skupinách podobný; ve všech věkových skupinách došlo k významnému poklesu kvality života v doméně zdraví a sociálního zapojení, ve věku 80 a více se vzhledem k věkové skupině 60-69 významně snížila kvalita života v oblasti prožívání, mezilidských vztahů, fungování smyslů, a intimity. Na rozdíl od žen se neukázal významný pokles kvality života v oblasti nezávislosti a naplnění.

Graf 3 Doménové skóry WHOQOL-BREF podle věkových skupin a pohlaví



Graf 4 Doménové skóry WHOQOL-OLD podle věkových skupin a pohlaví



5.1.2 Subjektivní zdravotní stav

Respondenti odpovídali na otázky, zda se cítí zdraví nebo nemocní a jaké mají zdravotní potíže nebo onemocnění, ovlivňující kvalitu jejich života. Ukazuje se, že pro to, aby se někdo považoval za zdravého, není nutnou podmínkou nepřítomnost zdravotních potíží. Jak ukazuje tabulka 25, více než polovina souboru (60 %) se považovala za zdravé, ale jen necelá čtvrtina (23 %) neuvedla žádný zdravotní problém, 42 % mělo jednu potíž, 5,5 % uvedlo čtyři a více potíží. Ženy měly více zdravotních potíží – bez potíží bylo 19 % žen a 30 % mužů; více než tři potíže mělo 18 % žen a jen 11 % mužů (tabulka 26). S věkem ubývalo respondentů, kteří se považovali za zdravé; přesto se ve věku 80 a více let považovala za zdravé téměř třetina (tabulka 27).

Tabulka 25 Hodnocení zdravotního stavu podle pohlaví

současný zdravotní stav	muži		ženy		celkem	
	N	%	N	%	N	%
„zdravý“	89	68,5	104	54,5	193	60,1
„nemocný“	41	31,5	87	45,5	128	39,9
celkem	130	100	191	100	321	100

$$\chi^2 = 6.334; p = .008$$

Tabulka 26 Uvedený počet zdravotních potíží podle pohlaví

počet potíží	muži		ženy		celkem	
	N	%	N	%	N	%
žádné potíže	39	29,8	36	18,6	75	23,1
1-2 potíže	78	59,5	124	63,9	202	62,2
3 a více potíží	14	10,7	34	17,5	48	14,7
celkem	131	100	194	100	321	100

$$\chi^2 = 6.978; p = .031$$

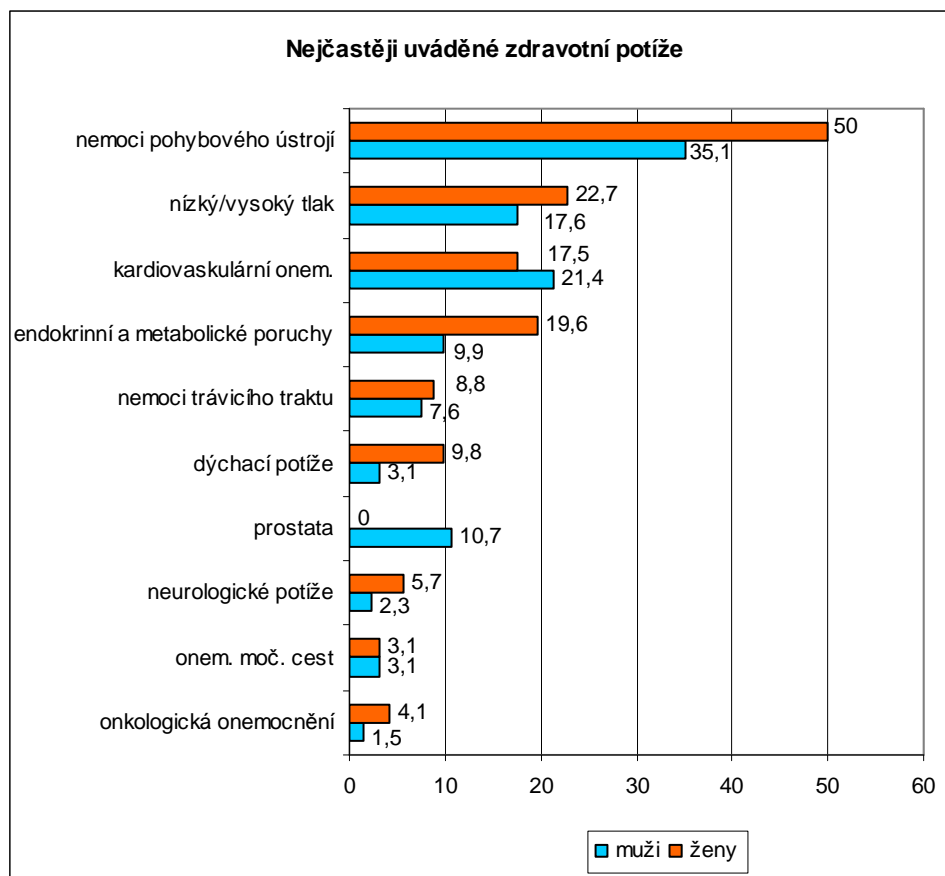
Tabulka 27 Hodnocení zdravotního stavu podle věkových skupin

věk	„zdravý“		„nemocný“		celkem	
	N	%	N	%	N	%
60-69	114	80,3	28	19,7	142	100
70-79	63	50,4	62	49,6	125	100
80 +	16	29,6	38	70,4	54	100
Celkem	193	60,1	125	39,9	321	100

$$\chi^2 = 49,941; p < .000$$

Nejčastěji uváděnými zdravotními potížemi byly problémy s pohybovým aparátem (44 %), vysoký tlak (21 %), kardiovaskulární potíže (19 %) a endokrinní a metabolické poruchy (16 %). Graf 5 uvádí přehled zdravotních potíží zvlášť pro muže a pro ženy.

Graf 5 Zdravotní potíže podle pohlaví (v %)



To, zda se respondent (nehlédě na počet potíží) považoval za zdravého, mělo významný vztah k jeho kvalitě života ve všech doménách hodnocených dotazníkem kvality života WHOQOL-BREF (tabulka 28) a ve všech doménách WHOQOL-OLD vyjma postoje ke smrti (tabulka 29).

Tabulka 28 Domény kvality života WHOQOL-BREF podle hodnocení zdraví

N=325	celkový průměr	„zdravý“ n=196	„nemocný“ n=125	F	p
zdraví	13,71 ± 3,01	15,18 ± 2,17	11,48 ± 2,72	181,81	.000
prožívání	13,9 ± 2,39	14,56 ± 2,04	13,05 ± 2,6	33,84	.000
soc. vztahy	13,98 ± 2,26	14,29 ± 2,32	13,50 ± 2,1	9,76	.002
prostředí	13,56 ± 2,11	13,83 ± 1,96	13,15 ± 2,28	8,11	.005

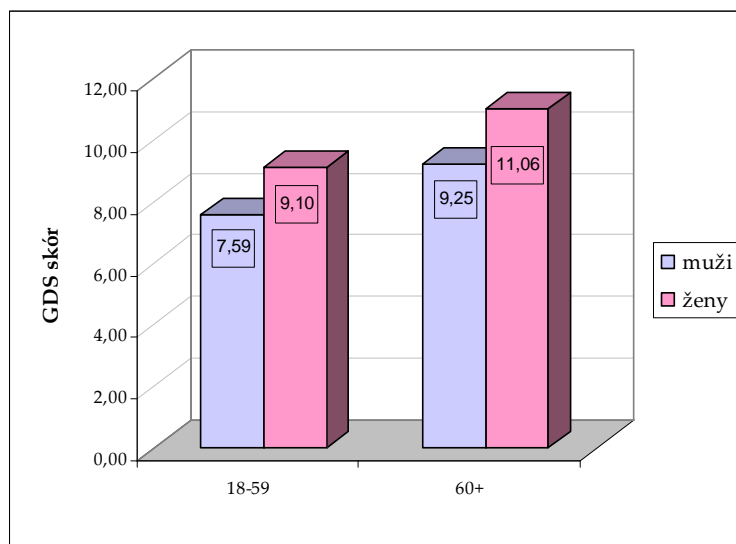
Tabulka 29 Domény kvality života WHOQOL-OLD podle hodnocení zdraví a pohlaví

N=325	celkový průměr	„zdravý“ n=196	„nemocný“ n=125	F	p
funkce smyslů	14,32 ± 3,76	15,38 ± 3,23	12,73 ± 3,96	42,94	.000
nezávislost	14,62 ± 3,14	15,21 ± 3,0	13,65 ± 3,10	21,98	.000
naplnění	20,61 ± 3,48	21,27 ± 3,13	19,60 ± 3,74	18,60	.000
soc. zapojení	25,10 ± 5,11	26,83 ± 3,87	22,49 ± 5,64	67,07	.000
postoj k smrti	15,04 ± 4,44	15,17 ± 4,42	14,83 ± 4,49	0,45	.502
intimita	24,27 ± 5,12	25,28 ± 4,57	22,77 ± 5,61	23,86	.000

5.1.3 Deprese

Průměrný skór příznaků deprese měřený geriatrickou škálou GDS měl pro výběrový soubor seniorů hodnotu 10,38, což už spadá do oblasti mírné deprese³⁵. Pro porovnání – průměrný skór depresivity u výběrového souboru pražské populace byl 8,38. Průměrné skóry pro muže a ženy ukazuje graf 6.

Graf 6 Průměrný skór depresivních symptomů podle pohlaví

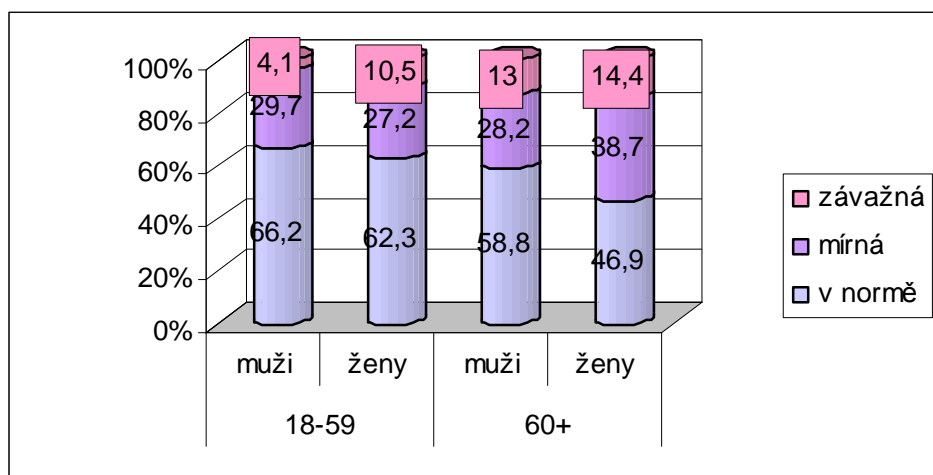


pro soubor 60+: F = 5,290, p = ,022; pro soubor 18-59: F = 3,915, p = ,049

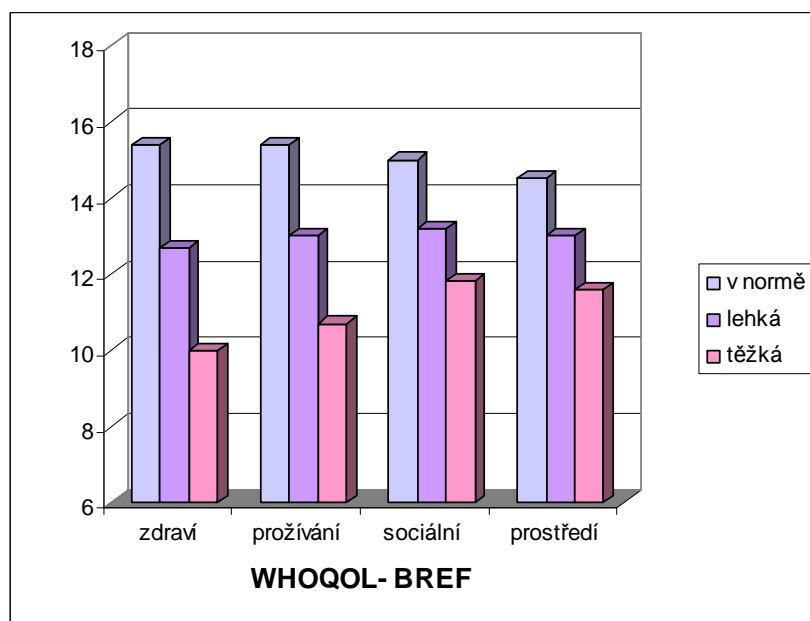
³⁵ V literatuře se doporučuje tato interpretace skórů GDS: 0-9 bez deprese, 10-19 lehká forma deprese, 20+ závažná forma deprese. Rozdělení je podloženo klinickými studiemi, na naší populaci nebyla škála výzkumně ověřena.

Dále nás zajímalo, jaký je podle měření GDS odhad výskytu lehké a závažné formy deprese v našich souborech. V seniorském souboru spadala více než polovina (51,7 %) souboru do oblasti normy, třetina (34,5 %) měla depresivní příznaky odpovídající lehké formě deprese, více než desetina (13,8) měla příznaky odpovídající těžké formě deprese. Pro srovnání – v souboru 18-59 mělo skór GDS v oblasti normy 64,2 %, 28,6 mělo příznaky lehké formy deprese a 7,4 % mělo příznaky těžké formy deprese. Výsledky pro muže a ženy ukazuje graf... Vztah doménových skórů a míry depresivity ukazují grafy 8 a 9. Rozdíly ve skórech kvality života podle míry depresivity jsou významné ve všech doménách; průměrné skóry a testové charakteristiky lze najít v tabulce 30 a 31.

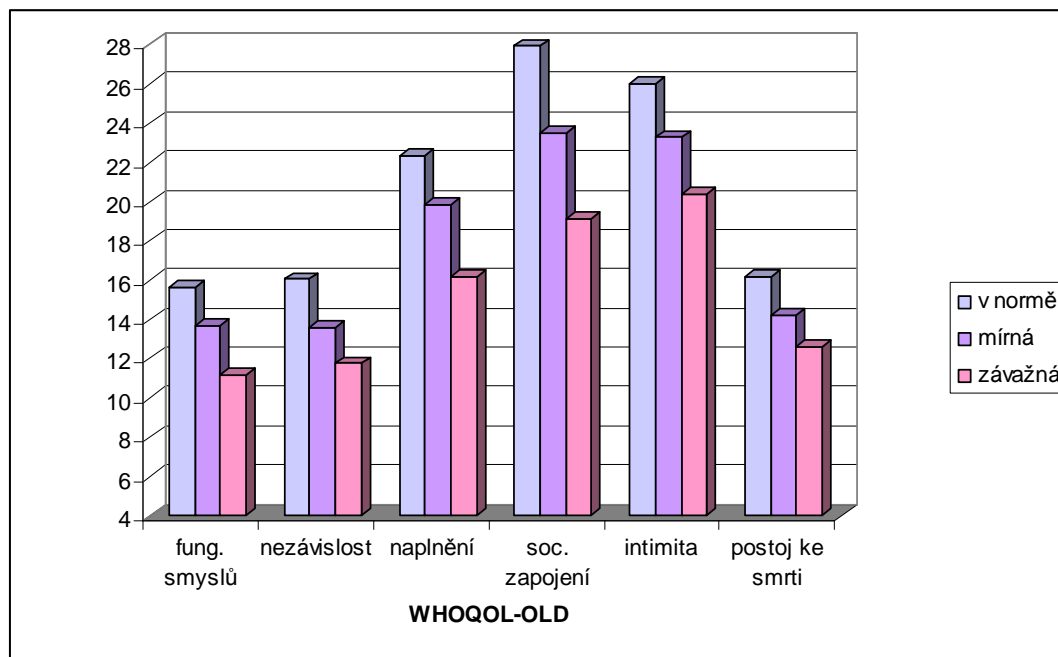
Graf 7 Průměrný skór depresivních symptomů podle pohlaví pro oba výběrové soubory



Graf 8 Doménové skóry WHOQOL-BREF podle míry depresivity



Graf 9 Doménové skóry WHOQOL-OLD podle míry depresivity



Tabulka 30 Doménové skóry WHOQOL-BREF podle závažnosti deprese

<i>N</i> =325	<i>celkový průměr</i>	<i>v normě</i> <i>N</i> = 168	<i>mírná</i> <i>N</i> = 112	<i>závažná</i> <i>N</i> = 45	<i>F</i>	<i>p</i>
zdraví	13,71 ± 3,00	15,42 ± 2,15	12,69 ± 2,34	10,01 ± 2,30	121,952	,000
prožívání	13,95 ± 2,38	15,42 ± 1,47	13,00 ± 1,79	10,70 ± 2,00	169,285	,000
soc. vztahy	13,96 ± 2,25	14,96 ± 1,80	13,23 ± 2,10	11,85 ± 2,07	56,891	,000
prostředí	13,58 ± 2,11	14,50 ± 1,77	13,01 ± 1,82	11,64 ± 2,19	51,025	,000

Tabulka 31 Doménové skóry WHOQOL-OLD podle závažnosti deprese

<i>N</i> =325	<i>celkový průměr</i>	<i>v normě</i> <i>N</i> = 168	<i>mírná</i> <i>N</i> = 112	<i>závažná</i> <i>N</i> = 45	<i>F</i>	<i>p</i>
funkce smyslů	14,32 ± 3,75	15,66 ± 3,13	13,70 ± 3,50	11,18 ± 4,00	33,233	,000
nezávislost	14,63 ± 3,14	16,05 ± 2,52	13,60 ± 2,69	11,75 ± 3,30	54,717	,000
naplnění	20,58 ± 3,47	22,34 ± 2,68	19,87 ± 2,82	16,21 ± 2,82	91,085	,000
soc. zapojení	25,27 ± 5,00	27,93 ± 3,46	23,53 ± 3,65	19,12 ± 5,35	105,155	,000
postoj k smrti	15,03 ± 4,43	16,21 ± 4,43	14,23 ± 3,94	12,61 ± 3,71	26,610	,000
intimita	24,26 ± 5,12	25,99 ± 4,36	23,29 ± 5,13	20,37 ± 5,20	15,578	,000

5.1.4 Rodinný stav

Za faktor přispívající k nižší kvalitě života ve starším věku se považuje osamělost. Tabulka 32 a 33 potvrzuje u osob, které žijí s partnerem, významné vyšší skóry kvality života ve většině domén kromě prostředí, nezávislosti (na hladině významnosti) a postoje ke smrti. Vliv bezdětnosti na kvalitu života nelze na našich datech analyzovat, protože v našem souboru je pouze 26 bezdětných osob (10 mužů a 16 žen)

Tabulka 32 Doménové skóry WHOQOL-BREF podle rodinného stavu

N=323	celkový průměr	s partnerem n=167	bez partnera n=156	F	p
zdraví	13,71 ± 3,01	14,55 ± 2,66	12,81 ± 3,10	29,379	.000
prožívání	13,94 ± 2,39	14,49 ± 2,09	13,36 ± 2,56	19,176	.000
soc. vztahy	13,98 ± 2,26	14,29 ± 2,17	13,65 ± 2,33	6,497	.011
prostředí	13,57 ± 2,11	13,78 ± 1,90	13,35 ± 2,32	3,441	.065

Tabulka 33 Doménové skóry WHOQOL-OLD podle rodinného stavu

N=323	celkový průměr	s partnerem n=167	bez partnera n=156	F	p
funkce smyslů	14,32 ± 3,75	15,26 ± 3,39	13,34 ± 3,88	22,435	.000
nezávislost	14,63 ± 3,14	14,96 ± 3,08	14,28 ± 3,18	3,768	.053
naplnění	20,58 ± 3,47	21,25 ± 3,04	19,90 ± 3,75	12,662	.000
soc. zapojení	25,08 ± 5,09	26,01 ± 4,40	24,09 ± 5,60	11,815	.001
postoj k smrti	15,03 ± 4,43	14,96 ± 4,53	15,08 ± 4,36	,056	.812
intimita	24,26 ± 5,12	26,04 ± 3,92	22,36 ± 5,59	46,961	.000

5.1.5 Socioekonomický status

K odhadu socioekonomického postavení lze použít dvě proměnné, a to úroveň dosaženého vzdělání a subjektivní hodnocení hmotného zabezpečení. Je třeba upozornit, že vzdělání koreluje s hmotným zabezpečením v našich podmínkách slaběji, než je tomu v zemích s nepřerušenou demokratickou tradicí (Uher, 2006), a proto je otázkou, zda by vzdělání nemělo být považováno spíše za ukazatel životního stylu. Vliv vzdělání na kvalitu života je výrazný – osoby s nižším vzděláním (základní škola, vyučení nebo střední škola bez maturity) měly nižší skóre kvality života v porovnání s osobami s vyšším vzděláním (alespoň střední škola s maturitou) ve všech sledovaných oblastech kromě prostředí a postoje ke smrti (tabulka 34 a 35).

Tabulka 34 Doménové skóre WHOQOL-BREF podle dosaženého vzdělání

N=323	celkový průměr	nižší n=126	vyšší n=199	F	p
zdraví	13,71 ± 3,01	13,07 ± 2,87	14,11 ± 3,02	9,589	.002
prožívání	13,94 ± 2,39	13,39 ± 2,47	14,30 ± 2,66	11,689	.001
soc. vztahy	13,98 ± 2,26	13,37 ± 2,26	14,37 ± 2,18	15,888	.000
prostředí	13,57 ± 2,11	13,32 ± 2,12	13,73 ± 2,11	2,977	.085

Tabulka 35 Doménové skóre WHOQOL-OLD podle dosaženého vzdělání

N=323	celkový průměr	nižší n=126	vyšší n=199	F	p
funkce smyslů	14,32 ± 3,75	13,70 ± 3,77	14,71 ± 3,70	5,605	.018
nezávislost	14,63 ± 3,14	13,97 ± 3,29	15,06 ± 2,96	9,628	.002
naplnění	20,58 ± 3,47	19,92 ± 3,57	21,00 ± 3,35	7,560	.006
soc. zapojení	25,08 ± 5,09	23,95 ± 5,16	25,79 ± 4,92	10,433	.001
postoj k smrti	15,03 ± 4,43	15,48 ± 4,47	14,75 ± 4,38	2,086	.150
intimita	24,26 ± 5,12	23,04 ± 4,92	25,02 ± 5,10	11,724	.001

Je známo, že hmotné zabezpečení ovlivňuje kvalitu života negativně, pokud poklesne pod určitou minimální úroveň, ale nad touto úrovní je vztah ke kvalitě života slabý, tj. vynikající hmotné zabezpečení neznamena vynikající úroveň kvality života. Pokud mluvíme o hmotném zabezpečení v kontextu naší práce, je tím míněno subjektivní posouzení „finanční a majetkové situace ve srovnání s lidmi vašeho věku“ na pětibodové stupnici, kde 1 = velmi

nadprůměrná a 5 = velmi podprůměrná. V duchu tradic české společnosti byla odpověď „velmi nadprůměrná“ výjimečná (pouze 7 osob, tj. 2,2 % souboru), a proto byly obě krajní volby sloučeny do výsledné třístupňové škály. Tabulka... ukazuje, že polovina respondentů hodnotila své zabezpečení jako průměrné; ženy významně častěji než muži hodnotily své zabezpečení jako podprůměrné.

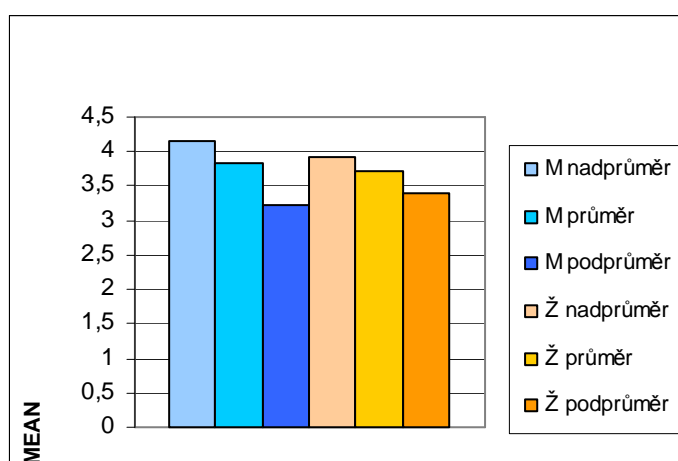
Tabulka 36 Hodnocení hmotného zabezpečení podle pohlaví

Finanční situace	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
nadprůměrná	39	29,8	32	16,5	71	21,8
průměrná	66	50,4	100	51,5	166	51,1
podprůměrná	26	19,8	62	32,0	88	27,1
celkem	131	100	194	100	325	100

$$\chi^2 = 10.566; p = .005$$

Vztah celkové kvality života a hmotného zabezpečení ukazuje graf 10. Pokles hodnocení kvality života u osob nižším hmotným zabezpečením je významný pro muže i pro ženy, přičemž Bonferroniho test (není zde uveden) potvrzuje, že významně hůře hodnotí svou kvalitu života osoby s podprůměrnou úrovní zabezpečení, a to vzhledem ke skupině nadprůměrně i průměrně zabezpečených. Osoby s nadprůměrným a průměrným zabezpečením se v celkovém hodnocení významně neliší.

Graf 10 Celkové hodnocení kvality života podle hmotného zabezpečení



Kruskal Wallisův neparametrický test; muži $\chi^2 = 20,757$, $p < .000$; ženy $\chi^2 = 14,675$, $p = .001$

Následující tabulky 37 a 38 dokládají významný vztah hmotného zabezpečení ke kvalitě života ve všech sledovaných oblastech.

Tabulka 37 Doménové skóry WHOQOL-BREF podle hmotného zajištění

<i>N=325</i>	<i>celkový průměr</i>	<i>nadprůměr N = 71</i>	<i>průměrné N = 166</i>	<i>podprůměr N = 88</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
zdraví	13,71 ± 3,00	14,87 ± 2,63	13,82 ± 3,00	12,55 ± 2,90	12,956	,000
prožívání	13,95 ± 2,38	15,03 ± 2,04	13,99 ± 2,25	12,99 ± 2,52	15,842	,000
soc. vztahy	13,98 ± 2,26	14,74 ± 1,98	14,04 ± 2,26	13,26 ± 2,28	8,944	,000
prostředí	13,57 ± 2,11	14,56 ± 1,77	13,82 ± 2,08	12,32 ± 1,87	28,228	,000

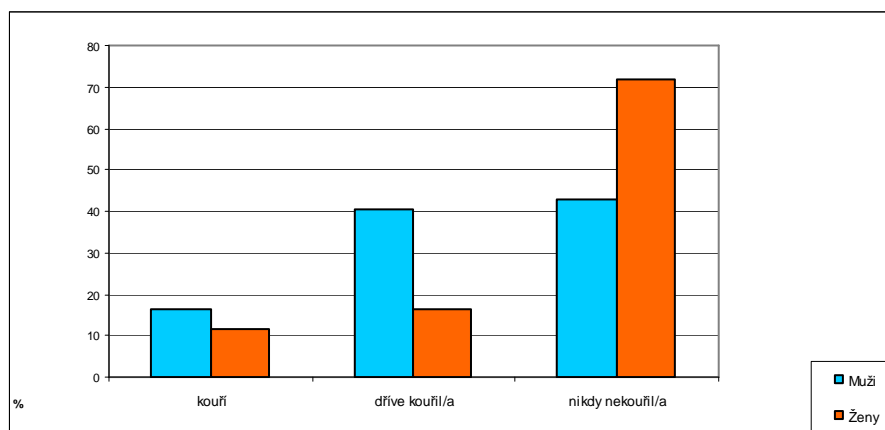
Tabulka 38 Doménové skóry WHOQOL-OLD podle hmotného zajištění

<i>N=325</i>	<i>celkový průměr</i>	<i>nadprůměr N = 71</i>	<i>průměrné N = 166</i>	<i>podprůměr N = 88</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
funkce smyslů	14,32 ± 3,75	14,77 ± 3,85	14,56 ± 3,77	13,49 ± 3,54	3,018	,050
nezávislost	14,63 ± 3,13	15,85 ± 3,07	14,71 ± 3,08	13,51 ± 2,92	11,720	,000
naplnění	20,58 ± 3,47	22,44 ± 2,91	20,75 ± 3,27	18,76 ± 3,40	25,702	,000
soc. zapojení	25,08 ± 5,09	27,20 ± 4,18	25,10 ± 5,22	23,33 ± 4,89	12,165	,000
postoj k smrti	15,03 ± 4,43	14,75 ± 4,43	15,41 ± 4,34	14,55 ± 4,59	1,266	,283
intimita	24,26 ± 5,12	26,64 ± 4,06	24,45 ± 5,04	21,93 ± 5,12	18,172	,000

5.1.6 Životní styl

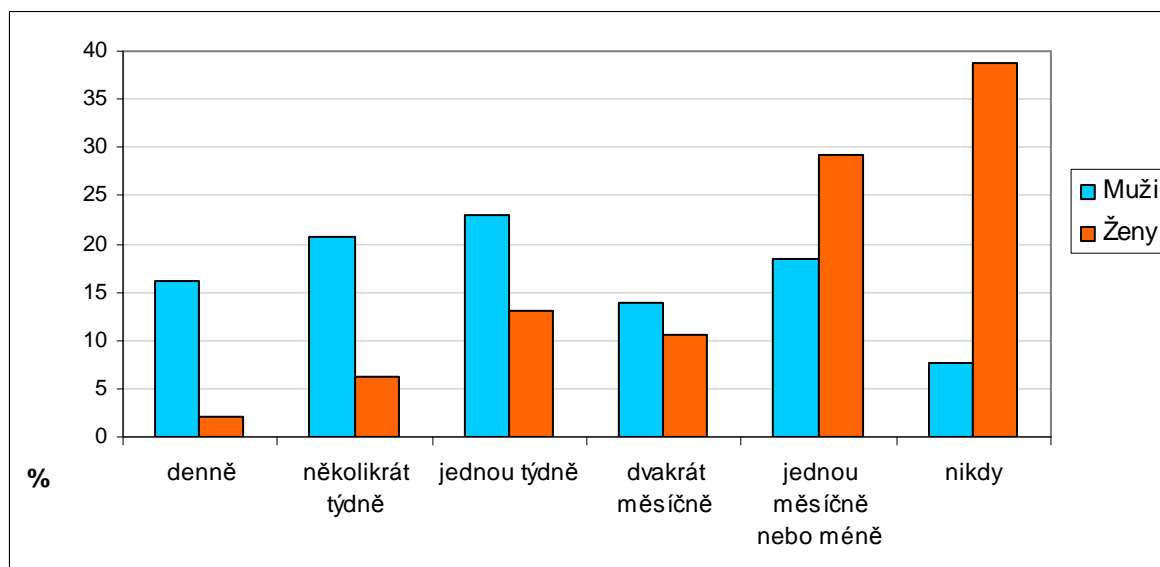
Ženy častěji (72 %) než muži (43%) uváděly, že nikdy v životě nekouřily (graf 11). V současnosti kouřilo pouze 14 % osob v našem souboru (16 % mužů a 12 % žen). Srovnání skupiny kuřáků s nekuřáky neukázalo žádný vztah ke skórum kvality života.

Graf 11 Respondenti podle kuřáckých zvyklostí



Muži častěji než ženy pili alkohol – asi 60% mužů a 22 % žen pilo alkohol alespoň jednou týdně. Téměř 40 % žen a 8% mužů uvedlo, že nikdy alkohol nepožívalo (graf 12).

Graf 12 Respondenti podle frekvence požívání alkoholu



Ti, kteří alkohol „nepijí nikdy“, měli nižší skóry kvality života ve všech sledovaných oblastech kromě postoje ke smrti. Protože však abstinence ve vyšším věku souvisí s charakteristikami zdravotního stavu, jako je užívání léků, vlastní hodnocení zdraví a počet nemocí (což vede v epidemiologických studiích k závěrům, že pití alkoholu je protektivním faktorem u mnoha onemocnění), nebudeme se zde vztahem mezi užíváním alkoholu a kvalitou života zabývat. V našem souboru korelovala abstinence s vyšším věkem, nižším vzděláním, zařazením se do kategorie „nemocných“, vyšším počtem nemocí, užíváním léků a nekuřáctvím (tabulka 39).

Tabulka 39 Korelace požívání alkoholu/abstinence k vybraným charakteristikám

	požívá alkohol	věk	vzdělání	finanční situace	zdravotní stav	počet chorob	užívá léky	kouří
požívá alkohol	1,000 . 320	-,332(**) ,000 320	,289(**) ,000 320	-,316(**) ,000 320	-,363(**) ,000 316	-,194(**) ,000 320	-,165(**) ,003 318	,114(*) ,043 318
věk	-,332(**) ,000 320	1,000 . 325	-,260(**) ,000 325	,125(*) ,024 325	,378(**) ,000 321	,259(**) ,000 325	,264(**) ,000 323	-,087 ,118 320
vzdělání	,289(**) ,000 320	-,260(**) ,000 325	1,000 . 325	-,334(**) ,000 325	-,225(**) ,000 321	-,198(**) ,000 325	-,201(**) ,000 323	-,003 ,952 320
zdravotní stav	-,363(**) ,000 316	,378(**) ,000 321	-,225(**) ,000 321	,205(**) ,000 321	1,000 . 321	,421(**) ,000 321	,386(**) ,000 320	-,005 ,925 316
počet chorob	-,194(**) ,000 320	,259(**) ,000 325	-,198(**) ,000 325	,092 ,097 325	,421(**) ,000 321	1,000 . 325	,553(**) ,000 323	-,003 ,958 320
užívá léky	-,165(**) ,003 318	,264(**) ,000 323	-,201(**) ,000 323	,096 ,083 323	,386(**) ,000 320	,553(**) ,000 323	1,000 . 323	,031 ,584 318
kouří	,114(*) ,043 318	-,087 ,118 320	-,003 ,952 320	-,021 ,713 320	-,005 ,925 316	-,003 ,958 320	,031 ,584 318	1,000 . 320

Byl použit Spearmanův koeficient ; ** označují signifikanci korelace na hladině významnosti 0.01 (2-stranné);

* označuje signifikanci korelace na hladině významnosti 0.05 (2-stranné)

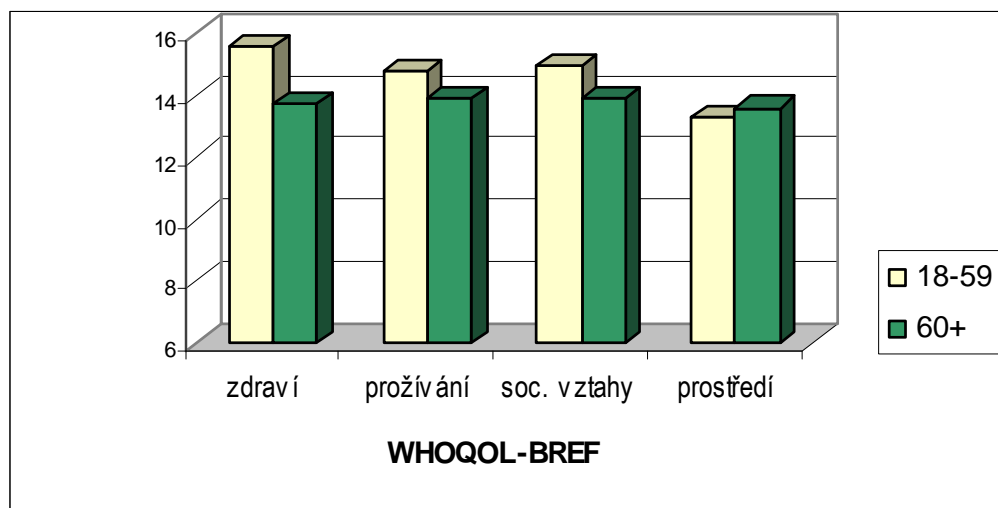
5.2 Srovnání kvality života souboru seniorů a mladšího souboru

Pro srovnání bylo možné použít pouze výsledky dotazníku WHOQOL-BREF, který byl součástí baterie dotazníků v obou průzkumech. Jak lze vidět v grafickém znázornění (graf 13) a v tabulce 40, starší osoby měly nižší skóre kvality života v oblasti zdraví, prožívání a sociálních vztahů. V oblasti „prostředí“, která zahrnuje různé charakteristiky životní situace člověka, jako jsou záliby, doprava, finanční situace, bezpečí a životní prostředí, nebyla kvalita života u staršího souboru nižší než u mladšího souboru.

Tabulka 40 Doménové skóre WHOQOL-BREF podle souboru

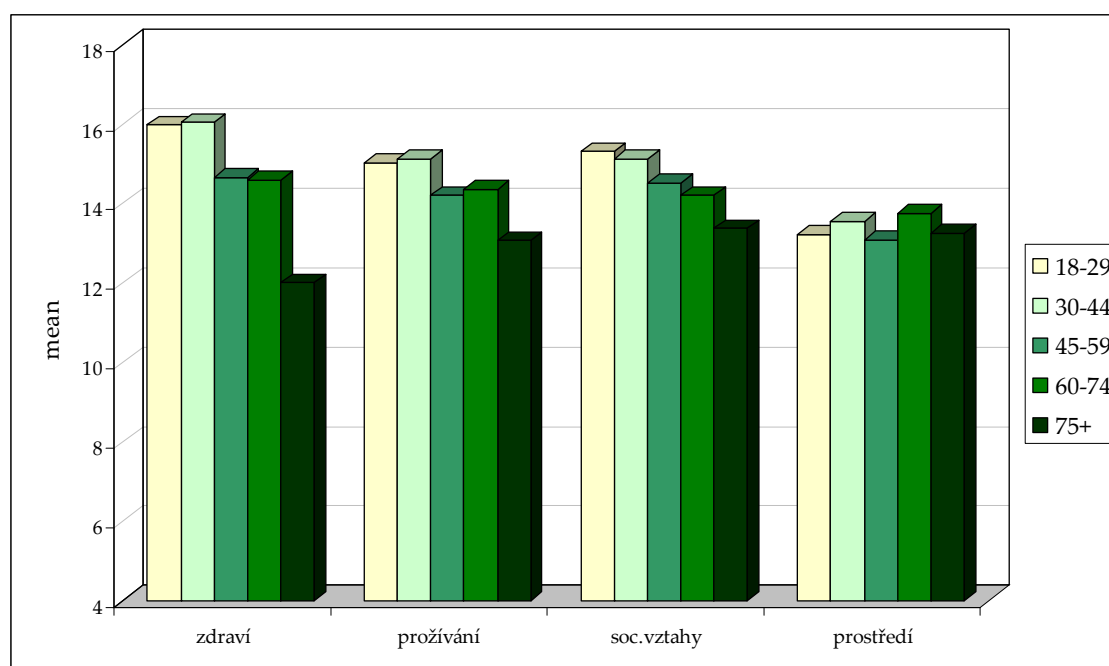
N=623	celkový průměr	soubor 18-59 n=308	soubor 60+ n=325	F	p
zdraví	14,62 ± 2,91	15,55 ± 2,55	13,73 ± 2,96	68,789	.000
prožívání	14,35 ± 2,45	14,78 ± 2,43	13,93 ± 2,38	19,754	.000
soc. vztahy	14,44 ± 2,63	14,98 ± 2,89	13,930 ± 2,25	26,172	.000
prostředí	13,45 ± 2,10	13,30 ± 2,08	13,59 ± 2,11	3,135	.077

Graf 13 Kvalita života u staršího a mladšího výběrového souboru



Zajímá nás také, v jakém věku, resp. u jaké věkové skupiny, dochází ke snížení kvality života ve sledovaných oblastech. Graf 14 ukazuje, že se jedná o pozvolné snižování, především v oblasti zdraví a prožívání, s patrným poklesem ve středním věku a u nejstarší věkové skupiny. Kvalita života v oblasti prostředí se u sledovaných věkových skupin neliší.

Graf 14 Domény kvality života WHOQOL-BREF podle věkových skupin



Výsledky seniorského souboru prezentované v části 5.1.1 upozornily na nižší kvalitu žen v porovnání s muži v oblasti zdraví, prožívání a prostředí. Tabulka 41 ukazuje podobné srovnání pro výběrový soubor 18-59 a dokládá, že v mladším věku se kvalita života žen a mužů významně neliší.

Tabulka 41 Doménové skóry WHOQOL-BREF podle pohlaví pro soubor 18-59

N=308	celkový průměr	muži n=148	ženy n=160	F	p
zdraví	15,55 ± 2,55	15,54 ± 2,39	15,56 ± 2,69	,005	.946
prožívání	14,78 ± 2,43	14,98 ± 2,30	14,60 ± 2,53	1,867	.173
soc. vztahy	14,98 ± 2,89	14,73 ± 2,89	15,22 ± 2,88	2,189	.140
prostředí	13,30 ± 2,08	13,38 ± 1,90	13,23 ± 2,24	,417	.519

5.3 Prediktory kvality života

V předchozí části této kapitoly jsme na výsledcích našeho souboru potvrdili, že sledované sociodemografické a zdravotní ukazatele mají významný vztah ke kvalitě života. Ke zjištění, jak velký podíl variability skóre kvality života tyto proměnné vysvětlují, jsme použili lineární regresi. Vzhledem ke vzájemným korelacím proměnných jsme zvolili „stepwise“ metodu, která do modelu vybere proměnnou s nejvyšší korelací k závislé proměnné a postupně přidává proměnné s nejsilnějšími parciálními korelacemi. Do jisté míry nám výsledky lineární regrese dovolují odpovědět na otázku, které ukazatele mají na kvalitu života největší vliv.

Jako závislé proměnné jsme do analýz zařadili doménové skóre kvality života.

Nezávislé proměnné zahrnovaly: pohlaví ($\check{Z} = 0$, $M = 1$); vzdělání (0 = nižší, 1 = vyšší); rodinný stav (0 = bez partnera, 1 = s partnerem); finanční situaci (0 = podprůměrná, 1 = průměrná a lepší); cítí se zdravý (0 = ne, 1 = ano); depresi (GDS skór); práci (0 = nepracuje, 1 = pracuje)³⁶.

5.3.1 Prediktory jednotlivých domén WHOQOL-BREF

Regresní koeficienty a výsledné regresní rovnice ukazují tabulky 42 a 43. Nejsilnější vztah k výslednému skóru kvality života měl ve všech doménách skór depresivity GDS. Vyšší kvalitu života v oblasti zdraví dále predikoval nižší věk a mužské pohlaví; pro kvalitu života v psychologické oblasti byl rozhodující skór GDS a život s partnerem; vyšší kvalita života v sociální oblasti byla predikována skórem GDS, vyšším vzděláním a ženským pohlavím a pro kvalitu života v oblasti prostředí byla kromě GDS rozhodující finanční situace. Z hodnot udávajících podíl vysvětlené variability skóre kvality života vidíme, že oblast sociálních vztahů a prostředí závisí do značné míry na dalších faktorech, které zde nebyly sledovány.

Tabulka 42 Regresní rovnice pro domény WHOQOL-BREF

zdraví = $18,9 - 0,206 * \text{GDS} + 2,0 * \text{zdrav. stav} - 0,063 * \text{věk} + 0,66 * \text{pohlaví}$	(64,2 % predikováno)
prožívání = $16,181 - 0,241 * \text{GDS} + 0,45 * \text{rodinný stav}$	(57,1 % predikováno)
sociální oblast = $15,56 - 0,170 * \text{GDS} + 0,53 * \text{vzdělání} - 0,46 * \text{pohlaví}$	(33,0 % predikováno)
prostředí = $14,46 - 0,145 * \text{GDS} + 0,84 * \text{finance}$	(34,0 % predikováno)

³⁶ Tato proměnná byla do modelu vložena z důvodu srovnání se souborem 18-59.

Tabulka 43 Regresní koeficienty pro domény WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF domény	Model	Unstandardized coefficients		t	Sig.
		B	Std. Error		
zdraví	(Constant)	18,882	1,054	17,915	,000
	deprese	-,206	,015	-13,549	,000
	zdravotní stav	1,997	,229	8,713	,000
	věk	-,063	,014	-4,439	,000
	pohlaví	,657	,205	3,209	,001
prožívání	(Constant)	16,181	,194	83,493	,000
	deprese	-,241	,012	-19,620	,000
	rodinný stav	,447	,179	2,491	,013
sociální vztahy	(Constant)	15,555	,261	59,699	,000
	deprese	-,170	,015	-11,569	,000
	vzdělání	,527	,220	2,395	,017
	pohlaví	-,459	,214	-2,150	,032
prostředí	(Constant)	14,458	,273	53,012	,000
	deprese	-,145	,014	-10,309	,000
	finance	,838	,229	3,664	,000

Kvalitu života starších osob podle našich výsledků ovlivňují více psychologické faktory než biologické charakteristiky jako je věk, pohlaví a zdravotní stav. Pro ověření, zda se prediktory kvality života ve starším věku zásadně odlišují od faktorů působících na kvalitu života v mladším věku, jsme metodu lineární regrese aplikovali na výběrový soubor 18-59. Následující přehled ukazuje, že depresivita byla nejvýznamnějším prediktorem kvality života i u mladšího souboru (procenta v závorce informují o podílu vysvětlené variability).

<i>domény WHOQOL-BREF</i>	<i>soubor 60+</i>	<i>soubor 18-59</i>
<i>zdraví</i>	deprese, zdravotní stav, věk, pohlaví (64 %)	deprese, zdravotní stav, práce, věk, pohlaví (63,6 %)
<i>prožívání</i>	deprese, rodinný stav (57 %)	deprese, věk, práce (64,8 %)
<i>vztahy</i>	deprese, vzdělání, pohlaví (33 %)	deprese, pohlaví, věk, rodinný stav (29,1%)
<i>prostředí</i>	deprese, finance (34 %)	deprese, finance (37,4 %)

Zdroj: Dragomirecká, 2005

5.3.2 Prediktory domén WHOQOL-OLD

V prvním kroku jsme použili u domén WHOQOL-OLD lineární regresi se stejnou sestavou nezávislých proměnných. Stejně jako u domén dotazníku WHOQOL-BREF se jako nejvýraznější prediktor ukázala míra depresivity (tabulka 44). Kromě depresivity se uplatnil věk (v oblasti fungování smyslů a sociálního zapojení), hmotné zabezpečení (v oblasti naplnění/ dosažených cílů) a rodinný stav (oblast intimity). Z tabulky 45 je však patrné, že podíl vysvětlené variability klesl, zdá se tedy, že oblasti důležité specificky pro starší věk jsou ovlivněny dalšími faktory, které jsme do analýzy nezařadili.

Tabulka 44 Regresní koeficienty pro domény WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD domény	Model	Unstandardized coefficients		t	Sig.
		B	Std. Error		
funkce smyslů	(Constant)	27,061	1,724	15,693	,000
	deprese	-,176	,026	-6,772	,000
	věk	-,153	,025	-6,071	,000
nezávislost	(Constant)	17,026	,257	66,160	,000
	deprese	-,234	,020	-11,470	,000
naplnění	(Constant)	22,846	,424	53,881	,000
	deprese	-,287	,021	-13,378	,000
	finance	1,041	,362	2,872	,004
sociální zapojení	(Constant)	38,710	1,923	20,127	,000
	deprese	-,421	,029	-14,536	,000
	věk	-,128	,028	-4,575	,000
intimita	(Constant)	25,837	,554	46,600	,000
	deprese	-,286	,035	-8,121	,000
	rodinný stav	2,713	,522	5,194	,000
postoj ke smrti	(Constant)	16,905	,411	41,159	,000
	deprese	-,179	,033	-5,501	,000

Tabulka 45 Regresní rovnice pro domény WHOQOL-OLD

funkce smyslů = 27,061 – 0,176 * GDS – 0,153 * věk	(29,4 % predikováno)
nezávislost = 17,026 – 0,234 * GDS	(30,5 % predikováno)
naplnění = 22,846 – 0,287 * GDS + 1,041 * finance	(44,6 % predikováno)
sociální zapojení = 38,710 – 0,421 * GDS – 0,128 * věk	(51,3 % predikováno)
intimita = 25,837 – 0,286 * GDS + 2,713 * rodinný stav	(27,9 % predikováno)
postoj ke smrti = 16,905 – 0,179 * GDS	(9 % predikováno)

Z analýzy kvalitativní fáze práce opakovaně vyplývalo, že senioři nepovažují za nejdůležitější skutečnosti spojené se stářím jako takové, ale postoj, který k těmto skutečnostem zaujmou, způsob, jak se k nim postaví. Zopakovali jsme proto regresní analýzu domén WHOQOL s třemi novými proměnnými vyjadřujícími postoje ke stáří. Jsou to skóry tří dimenzí dotazníku postojů ke stáří AAQ, a to skóry psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologického růstu. Postojové proměnné se uplatnily ve všech doménách kromě postojů ke smrti a zvýšily podíl vysvětlené variability (tabulka 46 a 47).

Tabulka 46 Regresní koeficienty pro domény WHOQOL-OLD – model s AAQ

WHOQOL-OLD domény	Model	Unstandardized coefficients		t	Sig.
		B	Std. Error		
funkce smyslů	(Constant)	21,976	2,499	8,793	,000
	AAQ ztráty	1,024	,341	3,000	,003
	věk	-,135	,026	-5,233	,000
	deprese	-,131	,033	-3,968	,000
nezávislost	(Constant)	17,036	,254	67,080	,000
	deprese	-,234	,021	-11,782	,000
naplnění	(Constant)	16,955	1,166	14,539	,000
	deprese	-,238	,023	-10,371	,000
	AAQ růst	1,673	,310	5,394	,000
	finance	,971	,356	2,727	,007
sociální zapojení	(Constant)	33,526	2,303	14,558	,000
	deprese	-,343	,035	-9,908	,000
	věk	-,132	,027	-4,835	,000
	AAQ změny	1,533	,357	4,288	,000
intimita	(Constant)	4,981	1,654	3,032	,003
	AAQ růst	3,568	,486	7,345	,000
	AAQ ztráty	1,960	,345	5,678	,000
	rodinný stav	2,461	,487	5,054	,000
postoj ke smrti	(Constant)	16,941	,416	40,712	,000
	deprese	-,193	,034	-5,696	,000

Tabulka 47 Regresní rovnice pro domény WHOQOL-OLD

funkce smyslů = 21,976 + 1,024* AAQ ztráty – 0,135 * věk – 0,131 * GDS	(34,4 % predikováno)
nezávislost = 17,036 – 0,234 * GDS	(33,1 % predikováno)
naplnění = 16,955 – 0,238 * GDS + 1,673* AAQ růst + 0,971* finance	(48,9 % predikováno)
soc. zapojení = 33,526 – 0,343 * GDS – 0,132 * věk + 1,533*AAQ změny	(55,2 % predikováno)
intimita = 4,981 + 3,568*AAQ růst + 1,96 *AAQ ztráty + 2,461*rodinný stav	(38,6 % predikováno)
postoj ke smrti = 16,941 – 0,193 * GDS	(10,2 % predikováno)

5.4 Srovnání souboru U3V³⁷ a výběrového souboru žen 60-79

Účastníky vzdělávání pro seniory můžeme považovat za vzdělanější a aktivnější vrstvu seniorské populace. Zajímalo nás, zda mají vyšší kvalitu života v porovnání s běžnou seniorskou populací a v jakých dalších charakteristikách se od výběrového souboru odlišují. Abychom mohli oba soubory srovnat, bylo třeba omezit věkovou hranici na 60-79 let a vyloučit muže. Základní charakteristiky obou souborů ukazuje tabulka 48.

Tabulka 48 Sociodemografické a klinické charakteristiky

	<i>posluchačky U3V</i> (N= 104)		<i>výběrový soubor 60+</i> (N=153)		<i>test</i>	<i>p</i>
	N	%	N	%		
<i>věk (průměr ± SD)</i>	67,5 ± 4,896		69,08 ± 5,845		F=8,649	0,04
<i>cítí se zdravá</i>	80	76,9	93	60,8	$\chi^2=7,329$	0,005
<i>užívá léky</i>	83	81,4	116	74,8	$\chi^2=1,503$	0,220
<i>počet nemocí (pr. ± SD)</i>	1,51 ± 1,194		1,47 ± 1,210		F=0,093	0,761
<i>GDS (průměr ± SD)</i>	7,41 ± 6,911		10,03 ± 6,603		F=8,429	0,04
<i>vzdělání (maturita+)</i>	93	88,6	90	57,7	$\chi^2=28,56$,000
<i>pracuje</i>	6	8,3	18	14,6	$\chi^2=1,671$	0,1960
<i>s partnerem</i>	40	38,1	72	46,5	$\chi^2=1,783$	0,182
<i>má děti</i>	97	92,4	143	92,3	$\chi^2=0,001$	0,971
<i>počet dětí (pr. ± SD)</i>	1,61 ± ,727		1,72 ± ,917		F=0,995	0,320
<i>finance (podprůměr)</i>	21	20,0	48	30,8	$\chi^2=3,743$	0,053
<i>kouří</i>	9	8,6	22	14,3	$\chi^2=1,935$	0,164

Ženy v univerzitním souboru byly mladší, častěji se hodnotily jako zdravé a měly významně nižší skór depresivity. Nelišily se v počtu uváděných nemocí nebo užívání léků. Rozdíl ve vzdělání byl očekáván; v dalších charakteristikách nebyl mezi oběma soubory rozdíl.

³⁷ U3V = Univerzita třetího věku Filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

5.4.1 Kvalita života

Tabulka 49 a 50 potvrzují, že účastnice univerzitního vzdělávání skórovaly takřka ve všech oblastech kvality života výše než ženy ve výběrovém souboru běžné populace. Výjimkou byla sociální oblast; můžeme spekulovat, že nevýznamný rozdíl v této oblasti je důsledek skutečnosti, že ženy v univerzitním souboru žily častěji bez partnera (ačkoli pozorovaný rozdíl není statisticky významný), popř. že je pro ně univerzitní studium způsobem, jak rozšířit svou ne zcela naplněnou potřebu sociálních kontaktů.

Tabulka 49 Doménové skóry WHOQOL-BREF pro univerzitní a výběrový soubor

N=261	celkový průměr	univerzitní n=167	výběrový n=156	F	p
zdraví	14,30 ± 2,93	15,24 ± 2,81	13,68 ± 2,86	18,775	,000
prožívání	14,25 ± 2,30	14,65 ± 2,29	13,98 ± 2,27	5,517	,020
soc. vztahy	14,22 ± 2,36	14,24 ± 2,50	14,20 ± 2,26	,014	,907
prostředí	13,96 ± 2,10	14,75 ± 1,87	13,44 ± 2,09	26,709	,000

Tabulka 50 Doménové skóry WHOQOL-OLD pro univerzitní a výběrový soubor

N=261	celkový průměr	univerzitní n=167	výběrový n=156	F	p
funkce smyslu	15,72 ± 3,25	16,73 ± 2,69	15,04 ± 3,43	22,435	,000
nezávislost	15,33 ± 2,80	15,96 ± 2,37	14,91 ± 2,98	3,768	,003
naplnění	21,13 ± 3,40	21,74 ± 3,43	20,72 ± 3,32	12,662	,017
soc. zapojení	26,36 ± 4,51	27,78 ± 4,01	25,41 ± 4,59	11,815	,000
postoj k smrti	15,03 ± 4,43	14,96 ± 4,53	15,08 ± 4,36	,056	,381
intimita	23,92 ± 5,43	23,18 ± 6,14	24,41 ± 4,87	46,961	,076

5.4.2 Postoje ke stáří a stárnutí

Zdá se, že rozdíly mezi univerzitním a výběrovým souborem mají spíše povahu subjektivních (hodnocení kvality života) než objektivních (počet nemocí, užívání léků) indikátorů. Za důležitý subjektivní indikátor úspěšného stárnutí se považují pozitivní, optimistické postoje ke stáří a stárnutí. Srovnání doménových skóre dotazníku AAQ (tabulka 51) ukázalo na významný rozdíl v oblasti psychosociálních ztrát ve smyslu vyšší míry

nesouhlasu s negativními tvrzeními o stáří a v oblasti fyzických změn ve smyslu vyšší míry souhlasu s pozitivními tvrzeními.

Tabulka 51 Doménové skóry AAQ pro univerzitní a výběrový soubor

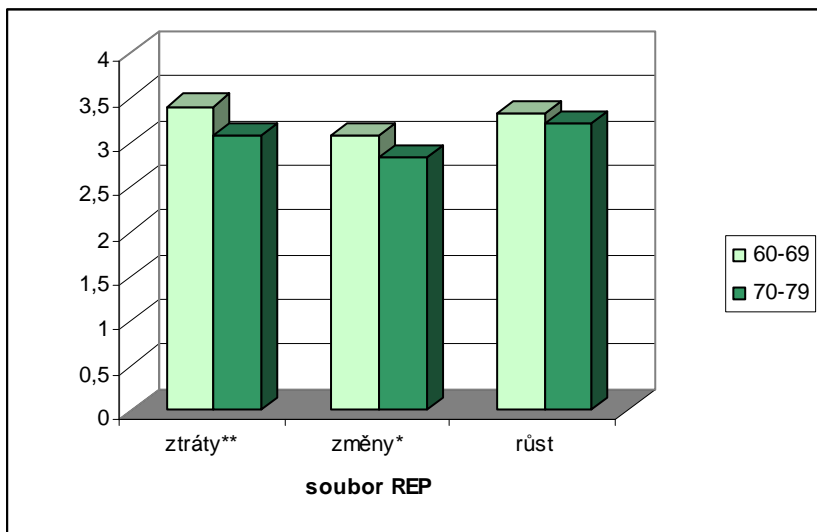
N=261	celkový průměr	univerzitní n=167	výběrový n=156	F	p
ztráty ³⁸	3,34 ± ,74	3,50 ± ,75	3,23 ± ,72	8,220	,004
změny	3,14 ± ,69	3,44 ± ,61	2,95 ± ,68	35,268	,000
růst	3,29 ± ,51	3,32 ± ,50	3,27 ± ,51	,446	,505

Jedním z výroků, v jehož posouzení se oba soubory nejméně lišily, bylo tvrzení „nyní když jsem starší, necítím se dost začleněný do společnosti“, což by potvrdilo domněnku, že účast ve vzdělávání je aktivní strategií, jak překonat omezení sociálních kontaktů. U většiny ostatních výroků zastávaly ženy v univerzitním souboru optimističtější postoje než ženy ze souboru běžné populace, např. u obecných tvrzení jako „stáří je čas depresí“, „nadání a schopnosti s věkem klesají“ nebo u osobních tvrzení jako „nyní mám čas dělat věci, které mě opravdu baví“ a „stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a“.

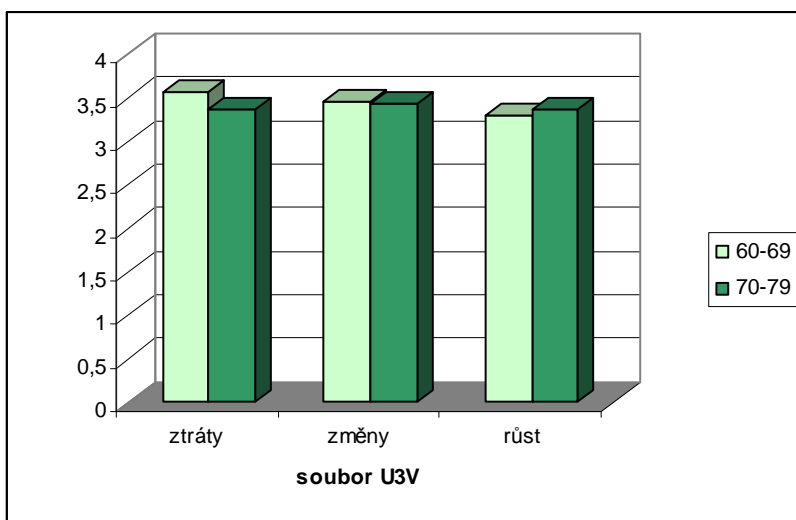
Předchozí analýzy postojů (Šelepová 2003) ukázaly, že u výběrového souboru se s věkem stávají postoje ke stáří a stárnutí pesimističtější, resp. že ve sledovaných věkových skupinách přibývá souhlasu s negativními tvrzeními a ubývá souhlasu s pozitivními výroky, zatímco u univerzitního souboru nebyl patrná změna postojů ve vztahu k věku. Zopakovali jsme toto srovnání u našich souborů žen ve věku 60-79 let a dospěli k podobným výsledkům. Doménové skóry v oblasti psychosociální ztráty a fyzické změny byly u výběrového souboru významně nižší u starší věkové skupiny (graf 15), zatímco u univerzitního souboru k statisticky významnému poklesu nedošlo (graf 16).

³⁸ Položky spadající do dimenze ztráty jsou překódovány tak, že stejně jako u ostatních dvou dimenzí znamená vyšší číslo pozitivní přístup, tj. nesouhlas s tvrzením o ztrátách.

Graf 15 Postoje ke stáří podle věku – výběrový soubor žen



Graf 16 Postoje ke stáří podle věku – univerzitní soubor žen



Bylo by zajímavé zjistit více o tom, nakolik jsou optimistické postoje ke stáří důsledkem objektivních okolností, jako je nepřítomnost závažné tělesného onemocnění, a nakolik jsou důsledkem aktivního přístupu k životu. Na tyto otázky však může exaktně odpovědět pouze kontrolovaná studie.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUSE

Výsledky prezentované v předchozí kapitole nám dovolují učinit vzhledem k hypotézám, které jsme si stanovili, následující závěry.

6.1 Rekapitulace hypotéz

(1a) Bylo potvrzeno, že u osob se zdravotními potížemi je kvalita života nižší ve všech sledovaných doménách s výjimkou domény „postoje k smrti“.

(1b) Bylo potvrzeno, že u osob s vyšší depresivitou je kvalita života nižší ve všech sledovaných doménách.

(1c) Bylo potvrzeno, že kvalita života osob, které žijí bez partnera, je v některých doménách nižší než u osob, které žijí s partnerem. Konkrétně se to týká domény zdraví, prožívání, sociálních vztahů, fungování smyslů, naplnění, sociálního zapojení a intimity.

(1d) Bylo potvrzeno, že kvalita života osob s podprůměrným hmotným zabezpečením (hodnoceno subjektivně) je v některých doménách nižší než u osob, jejichž hmotné zabezpečení je průměrné nebo nadprůměrné. Týká se to všech sledovaných domén vyjma postojů k smrti.

(1e) Hypotéza o nižší kvalitě života bezdětných žen nemohla být pro malý počet případů ověřena.

(1f) Byla zamítnuta hypotéza o nezávislosti kvality života na stupni dosaženého vzdělání. Osoby s vyšším vzděláním měly v porovnání s osobami s nižším vzděláním vyšší kvalitu života ve všech sledovaných doménách vyjma prostředí a postojů ke smrti.

(2a) Bylo částečně potvrzeno, že osoby v mladším souboru mají vyšší kvalitu než seniorský výběrový soubor. Tento předpoklad se potvrdil pro doménu zdraví, prožívání a sociálních vztahů, ale nepotvrdil se pro doménu prostředí.

(2b) Bylo potvrzeno, že kvalita života v doméně zdraví a prožívání je u seniorského souboru nižší u žen než u mužů. Významný rozdíl ve stejném směru byl zjištěn také v doméně prostředí.

(2c) Bylo potvrzeno, že v mladším výběrovém souboru se kvalita života mužů a žen neliší v žádné ze sledovaných domén.

(3a) Byl potvrzen předpoklad, že kvalita života je predikována souborem proměnných, nikoli jen jedním faktorem.

(3b) Předpoklad o zastoupení proměnných byl potvrzen částečně: zatímco depresivita byla prediktorem kvality života ve všech sledovaných doménách, věk se uplatnil pouze jako prediktor domény zdraví, fungování smyslů a sociálního zapojení a zdravotní stav pouze jako prediktor domény zdraví.

(4a) Bylo potvrzeno, že v souboru aktivních seniorů (souboru U3V) byla míra depresivity nižší než ve výběrovém souboru.

(4b) Bylo potvrzeno, že ženy v souboru U3V měly vyšší kvalitu života v doméně prožívání v porovnání se ženami výběrového souboru. Kromě toho měly ženy v souboru U3V vyšší kvalitu života ve většině sledovaných domén, konkrétně v doméně zdraví, prostředí, fungování smyslů, nezávislosti a sociálního zapojení.

(4c) Bylo potvrzeno, že se ženy v souboru U3V v porovnání s ženami výběrového souboru méně často ztotožňují s negativními postoji ke stáří (vyjádřenými v dimenzi psychosociální ztráty). Kromě toho bylo zjištěno, že se ženy v univerzitním souboru častěji ztotožňovaly s pozitivními postoji ke stáří vyjádřenými v dimenzi fyzické změny.

6.2 Diskuse

Průřezové dotazníkové šetření, na němž je postavena tato práce, s sebou nese určitá omezení vzhledem k interpretaci výsledků. Předně se nejedná o kontrolovanou studii a design takového typu, abychom mohli ze vzájemných vztahů usoudit něco o příčinnosti. Pokud říkáme, že prediktorem kvality života v doméně prostředí je depresivita, je zde označení „prediktor“ jen technickým pojmem odkazujícím na použitou metodu, v tomto případě lineární regresi. Nelze jednoznačně určit, že špatné životní podmínky, resp. kvalita života v doméně prostředí vyvolaly depresivní pocity, nebo že depresivní nálada ovlivnila hodnocení respondenta tak, že vidí své životní podmínky jako neuspokojivé. Dále nelze z našich výsledků dělat závěry o změně v čase. Mnoho z rozdílů mezi mladšími a staršími respondenty je nepochybně ovlivněno kohortovým efektem. V řízených rozhovorech respondenti nejstarší věkové skupiny projevovali více skromnosti a spokojenosti se svými životními podmínkami než mladší respondenti, to však nemusí nutně znamenat, že se člověk s vysokým věkem stává skromnější, a že dnešní šedesátníci budou za dvacet let podobně nenároční jako jsou dnešní osmdesátníci. A to už neuvažujeme o tom, že charakteristiky osob, které výrazně překročily průměrnou dobu dožití, představují určitý výběr a nevíme, nakolik se ve svých

charakteristikách mohou lišit od svých vrstevníků, kteří se vysokého věku nedožili³⁹. Ještě podstatnější vliv může mít lokalita šetření. Všechny etapy projektu byly z organizačních a finančních důvodů uskutečněny v Praze a nezachycují tedy českou, ale „pražskou“ realitu. Ze statistik (např. ÚZIS, 2006) víme, že v Praze je nejvyšší střední délka života pro muže (74,7 let) i ženy (80,0 let) ze všech krajů ČR, a to i přes proklamovaný škodlivý vliv uspěchaného velkoměstského životního tempa a špatného životního prostředí. Také šetření zdravotních a sociálních potřeb osob ve věku nad 64 let, které naše pracoviště provedlo před více než 15 lety (Dragomirecká, 1992), zjistilo celkově lepší zdravotní stav u seniorů ve velkoměstském okrese (Praha 1), než u seniorů ve venkovském okrese (Opava). Lze tedy předpokládat u pražské seniorské populace odlišnosti ve zdravotních doménách kvality života. Dokud nebude podobné šetření kvality života provedeno v jiné lokalitě a na jiné než velkoměstské populaci, nedokážeme odhadnout, nakolik jsou výsledky našeho šetření specifické pro život seniorů v Praze. Tato omezení máme na mysli, uvažujeme-li o výsledcích této práce.

Výsledky ukázaly, že dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD zachycují subjektivní pohled jedince na svou životní situaci, který se označuje jako kvalita života. Tento subjektivní komplexní indikátor rozlišuje mezi skupinami osob, u kterých předpokládáme různou úroveň kvality života. Prokázal se významný vztah kvality života k zdravotnímu stavu, vyššímu věku, rodinnému stavu, vzdělání a hmotnému zabezpečení. Silný vztah mezi kvalitou života a depresí ukazuje na blízkost obou konceptů a upozorňuje na to, že míra depresivity hodnocení kvality života výrazně ovlivňuje. Kromě těchto faktorů, jejichž vliv na kvalitu života je opakovaně doložen, je nižší kvalita života u starších žen v porovnání s muži stejného věku pravděpodobně odrazem našich specifických (českých) podmínek, a měla by se jí věnovat ve výzkumné i klinické praxi patřičná pozornost.

Protože jsme v dotazníkových šetřeních pracovali s reprezentativním souborem, můžeme považovat výsledky měření instrumentem GDS za odhad výskytu deprese v naší populaci. Ačkoli je výběrový soubor poměrně malý, odpovídá podíl 13,8 % osob ve věku 60+ let se závažnou formou deprese dosavadním poznatkům, že depresí trpí 12-15 % seniorské populace (Kalvach, 2004). Šetření depresivity v domovech důchodců, které používá stejnou metodiku jako tato práce, vedlo k podobnému výsledku – u institucionalizovaných seniorů bylo zjištěno 15 % osob se silnou depresivitou (Holmerová, 2006). Výsledky našeho

³⁹ Existuje hypotéza, která takto vysvětluje snižující se tělesnou výšku u starších věkových skupin. Předpokládá, že k vlivům, jako je skutečný nárůst tělesné výšky v průběhu generací díky lepší výživě, hygieně a zdravotní péči a průkazných ontogenetických změn na páteři, ještě přistupuje skutečnost, že se lidé s menší tělesnou výškou dožívají vyššího věku a ve vyšších věkových skupinách proto převažují (Kalvach, 2004).

výběrového souboru upozorňují na významně vyšší výskyt deprese u žen, což je faktor silně ovlivňující kvalitu života.

Výsledky regresních analýz, do kterých jsme zadali faktory s významným vztahem ke kvalitě života, přinesly několik poznatků. Potvrdily prvořadý vliv duševního zdraví, resp. prožívání na kvalitu života bez ohledu na věk. Upozornily nás, že analyzované proměnné poměrně dobře predikují kvalitu života ve vztahu k tělesnému a duševnímu zdraví, ale nejsou dostačující pro vysvětlení kvality života v oblasti mezilidských vztahů. Předpokládáme, že se zde značnou měrou uplatňují psychologické charakteristiky, jako je temperament (extroverze) a adaptivní strategie zvládání životních situací. Tímto směrem také chceme zaměřit naše další projekty.

Nízký podíl vysvětlené variability u domény postoje ke smrti naznačuje, že se tato doména od ostatních odlišuje, protože podchycuje spíše postoj než subjektivní hodnocení či měření spokojenosti. Její zastoupení v dotazníku WHOQOL-OLD je oprávněné, protože představuje důležitý aspekt stáří, je však třeba mít její odlišný psychometrický charakter na paměti při interpretaci výsledků. Potvrdila se důležitost postojů ke stáří pro vnímání kvality života a z toho vyplývající opakované potvrzení konstruktivistického paradigmatu, že skutečnosti nejsou také, jaké objektivně jsou, ale takové, jak jsou vnímány. Protože vnímání není něco neměnně daného, otevírá se tímto směrem prostor pro případné intervence a edukaci.

Porovnání souboru žen účastnících se univerzitního vzdělávání se souborem žen běžné populace je první malou sondou do oblasti tzv. elitního stáří. Ačkoli se oba soubory podstatně neliší v objektivních charakteristikách, vykazuje soubor U3V lepší kvalitu života, pozitivnější postoje ke stáří a potvrzuje oprávněnost ztotožnění úspěšného stárnutí s udržením vysoké míry aktivity a sociálního zapojení.

7 ZÁVĚRY

7.1 Význam a aplikace výsledků projektu

Jedním z cílů projektu bylo vytvoření instrumentů použitelných pro zjišťování kvality ve vyšším věku a ověření jeho validity v našich podmínkách. Kvalitou života se naše pracoviště⁴⁰ zabývá od r. 1995; teprve účast v mezinárodním projektu a spolupráce se špičkovými univerzitními týmy nám však umožnila využívat nejnovějších metodologických postupů a stát se českým centrem WHOQOL, tj. pracovištěm, které validizuje na místní podmínky dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace. Naše účast na projektu, který je v této práci popsán, vedla k tomu, že jsme byli přizváni k dalšímu mezinárodnímu projektu pod patronací Světové zdravotnické organizace. Nový projekt DIS-QOL⁴¹ je zaměřen na vytvoření metodiky pro hodnocení kvality života osob se zdravotním postižením a úzce navazuje na zde prezentovanou práci, protože věnuje speciální pozornost oneocnění staršího věku, především Parkinsonově nemoci. Tyto zkušenosti nám umožňují připravovat pro výzkum a klinickou praxi oficiální validizované české verze dotazníků kvality života. Zatím jsme takto, v nové „manuálové“ edici Psychiatrického centra, zpřístupnili české odborné veřejnosti dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF a dotazník subjektivní kvality života SQUALA (Dragomirecká 2006cd). V současné době stejným způsobem připravujeme manuál pro uživatele dotazníku WHOQOL-OLD, v němž shrneme naše dosavadní zkušenosti s tímto instrumentem včetně výsledků, jež jsou popsány v této práci. Národní data získaná v projektu WHOQOL-OLD jsou připravována také pro publikaci ve speciálním, na gerontologii zaměřeném čísle Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy a v sérii článků pro český odborný tisk.

Terénní práce na projektu nás přivedla do kontaktu s mnoha organizacemi poskytujícími komplexní služby seniorům a v některých případech navázaná spolupráce pokračuje dosud. V současnosti např. Gerontocentrum Praha využívá naši metodologii, tj. celou dotazníkovou baterii k měření kvality života, postojů ke stáří a depresivity, ve svých dvou projektech hodnotících efekt reminiscenční a taneční terapie na kvalitu života seniorů žijících v institucích, přičemž výsledky našeho výběrového souboru, popsané v této práci, slouží v těchto projektech jako referenční data. Publikací manuálu zpřístupníme měření

⁴⁰ Laboratoř sociální psychiatrie Psychiatrického centra Praha, dříve Laboratoř psychiatrické demografie

⁴¹ (2005-2007) EU SP23-CT-2005-513723: Kvalita života a kvalita péče o osoby se zdravotním postižením. DIS-QOL. Quality of care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities. DIS-QOL (koordinátor projektu za Českou republiku).

kvality života seniorů a postojů ke stáří také pro výzkumné a pedagogické účely; dosud bylo měření WHOQOL využito např. v magisterské práci, která srovnávala naše data, získaná od pražských respondentů, se souborem seniorů v okrese Havlíčkův Brod (Novotná, 2004).

Považujeme za cenné, že jsme tímto projektem přispěli k otevření tématu kvality života ve stáří u naší veřejnosti, a to ať přednáškami nebo prezentací projektu v rádiu nebo televizi. Na začátku naší práce jsme očekávali, zřejmě pod vlivem médií, která prezentují seniory jako nespokojenou masu s výhradně finančními požadavky, že se při naší žádosti o zapojení do výzkumu kvality života budeme setkávat i s hostilitou či přinejmenším s neochotou. Během všech fází práce, při lingvistickém testování, řízených skupinových rozhovorech i při kontaktu s několika sty respondenty během pilotní studie, bylo typickou reakcí potěšené konstatování „konečně se o nás někdo zajímá“. Budeme v tom pokračovat v míře, již jsme schopni, a vyzýváme ostatní, ať se připojí.

7.2 *Prezentace výsledků projektu*

články a publikovaná abstrakta (chronologicky)

Dragomirecká E, Selepová P. Cultural adaptation of quality of life instruments from the West to the East: What is different? *Quality of Life Research*. Vol 10, No 3, 2001, p. 285.

Abstracts Issue 8th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. 7-10 Nov, Amsterdam, The Netherlands.

Dragomirecka E, Selepova P. How satisfied are the elderly in the Czech Republic? Results of the focus groups. *Quality of Life Research*. Vol 11, No 7, 2002, p. 693. Abstracts Issue 9th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. Oct 30- Nov 2, 2002, Orlando, Florida, USA.

Dragomirecká E. Pracovní setkání řešitelského týmu projektu Evropské unie "Kvalita života ve stáří" v Praze. *Psychiatrie* 2002; 6 (4): 281-282.

Dragomirecka E, Selepova P. Do Czech elderly women have lower quality of life than men? Results of a pilot study. *Quality of Life Research*. Vol 12, No 7, 2003, p. 851. Abstracts Issue 10th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. Nov 12-15, 2003, Prague.

Dragomirecká E, Šelepová P. Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. In Hnilicová H (ed). *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy, IZPE 2004*, s.91-101.

Dragomirecka E, Selepova P. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in Prague elderly. *Quality of Life Research*. Vol 14, No 9, 2005, p. 1996. Abstracts Issue 12th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. Oct 19-22, 2005, San Francisco, Kalifornie, USA.

Dragomirecká E.: Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie* 2006, 10 (2): 68-73.

Dragomirecká E, Bartoňová J. a kol. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. Praha: Psychiatrické centrum 2006c; 88 s.

Dragomirecká E, Bartoňová J. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. Psychiatrie 2006b; 10 (3): 144-149.

přednášky

Dragomirecká, E.: Kvalita života. Přednáška v rámci spec. kurzu o sociologických problémech v psychiatrii. Katedra psychiatrie IPVZ, Praha. 17.10.2000; 21.11.2000.

Dragomirecká, E.: Měření kvality života v praxi. Přednáška na 112. klinicko-psychologickém dni na téma “Kvalita života – pojem, metody, aplikace” (koord. J.Srnec). 10.12.2001 v Lékařském domě v Praze.

Dragomirecká E., Šelepová P.: Kvalita života ve stáří. Pražské gerontologické dny, 15.-18.5.2002, Kongresové centrum Olšanka, Praha.

Dragomirecká E.: Kvalita života v klinické praxi. Přednáška na 10. sympoziu o lékařské etice “Zdraví a kvalita života”. 30.-31.5.2002, Hotel ILF, Praha.

Dragomirecká E.: Metody měření kvality života ve vztahu ke zdraví. Kurz IPVZ– Kvalita života a zdraví. Hotel ILF, Praha 19.11.2002.

Šelepová P, Dragomirecká E. Postoje seniorů ke stárnutí. In Gerontologické aktuality. Praha, Česká alzheimerovská společnost 2003, s. 29.

Dragomirecká, E. (1)Kvalita života a duševní zdraví. Hledání souvislostí a jak je využít pro zlepšení péče o duševně nemocné. (2) Kvalita života u seniorů. Mezinárodní výzkum. Kurz č. 294014 Kvalita života a zdraví. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, 4.12.2003.

Dragomirecká E. Evropský výzkum kvality života a faktory úspěšného stárnutí. Cyklus Psychologie v péči o zdraví, Univerzita třetího věku, FF UK Praha, 12.12.2003.

Dragomirecká E. Mental Health Data: Czech Republic. MINDFUL meeting, Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Vienna. 4.4.2004.

Dragomirecká E: Kvalita života a zdravé stárnutí. Přednáška cyklu “Zdravý životní styl”. Univerzita volného času, 6.5.2004, Praha.

Dragomirecka, E. Trends in Czech Population Mental Health in the Last Decade. Conference on Mental Health and Policy Research training, CESES, FF UK Praha, 10.5.2004.

Dragomirecká E. Kvalita života u seniorů – některé výsledky mezinárodního výzkumu. Konference Kvalita života, 25.10.2004, Třeboň.

Dragomirecká E. Měření kvality života. Přednáška na vědecké pracovní schůzi PS ČLS JEP. PK ILF UK Praha 1.12. 2004.

Dragomirecká E. Mental health and well-being indicators: Czech Republic. MINDFUL meeting, Institut of Public Health of the Republic of Slovenia. Ljubljana, 4.12.2004.

Dragomirecká E. Jak se vyrábějí dotazníky kvality života. Konference Sekce psychologie zdraví Českomoravské psychologické společnosti. Vernířovice 20.-22.5.2005.

Dragomirecká E. Kvalita života seniorů. Pražské gerontologické dny. Praha 25.-27.5.2005.

Dragomirecká E. Kvalita života a nemoc. 5. konference Inco Fora na téma "Inkontinence a kvalita života", Brno 4.11.2005.

Dragomirecká E., Bartoňová J. Kvalita života seniorů (vybrané výsledky projektu WHOQOL-OLD). Škola veřejného zdravotnictví IPVZ, Praha, 8.11.2005.

Dragomirecká E. Kvalita života ve stáří. Vzdělávání pro pracovníky sociální péče. Praha 17.6.2006; 12.12.2006; 13.3.2006.

Dragomirecká E. Methodological issues related to the concept of quality of life. Prague Summer Course of Gerontology, ILF Praha 19.6.2006.

LITERATURA

Baková N, Raboch J, Kitzlerová E, Stárková L, Sekot M, Peichová J, Howardová A. Denní stacionář jako alternativa hospitalizační péče. *Psychiatrie pro praxi* 2004; 2: 89-92.

Balcar K. Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie* 1955; 39, (5): 420-424.

Baštecký J, Kůmpel Q, Vojtěchovský M a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum 1994; 317 s.

Bowling A, Farquhar M. Associations with changes in life satisfaction among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996; 11: 1077-1087.

Brazier JE, Walters DJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and EuroQol on an Elderly Population. *Quality of Life Research* 1996; 5:195-204.

Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CRB, McDonald NJ, O'Malley KO, Hiltbrunner B. Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research* 1994; 3: 235-244.

Brugger W.: *Filosofický slovník*. Praha: Naše vojsko 1994; 640 s.

Brülde B. Happiness and the good life. Introduction and conceptual framework. *Journal of Happiness Studies* 2007; 8(1): 1-14.

Břicháček V. Úvod do psychologického škálování. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy 1978; 322 s

Cornish E. *The Study of the Future*. Washington DC: World Future Society 1977; 307s.

Crisp, R. Hedonism Reconsidered. Minnesota Interdisciplinary Workshop on Well-Being, 24-26 Oct, 2003; 21 s..

Dickens P. "Aiming for excellence". The evaluation of quality of life and quality of service for people with a mental handicap. In: *National Perspectives on Quality Assurance in Mental Health Care*. Division of Mental Health.WHO. Geneva 1991.

Diener E, Seligman MUP. Very happy people. *Psychological Science* 2002; 13: 81-84.

Dragomirecká E, Škoda C. Charakteristika příznivého a nepříznivého vývoje zdravotní a sociální situace ve stáří. *Česká a slovenská psychiatrie* 1992; 88 (1):2-10.

Dragomirecká E, Škoda C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie 1997a; 93 (2):102-108.

Dragomirecká E, Škoda C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie 1997b; 93 (8): 423-432.

Dragomirecká E. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Překlad položek a konstrukce škál. Psychiatrie 2006a; 10 (2): 68-73.

Dragomirecká E, Bartoňová J. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. Psychiatrie 2006b; 10 (3): 144-149.

Dragomirecká E, Bartoňová J. a kol. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. Praha: Psychiatrické centrum 2006c; 88 s.

Dragomirecká E, Bartoňová J, Motlová L, Papežová H, Kožnarová R, Šrámková, T. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum 2006d; 68 s.

Eisses AMH, Kluiters H, Jongenelis AM, Pot AM, Beekman ATF, Ormel J. Risk indicators of depression in residential homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19: 634-640.

EPC. Key Structural Challenges in the Acceding Countries: The Integration of the Acceding Countries into the Community's Economic Policy Co-ordination Processes. Brussels, European Commission – Economic Policy Committee 2003.

Erikson EH. Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: Lidové noviny 1999; 127 s.

EuroQol. EuroQol – a new facility for the measurement of the health-related quality of life. The EuroQol Group. Health Policy 1990; 16(3): 199-208.

Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc. Sci. Med. 1995; 41(10):1439-1446.

Filip V a kol. Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic. Praha: Psychiatrické centrum 1997; 213 s.

Gullone E. The biophilia hypothesis and life in the 21st century: Increasing mental health or increasing pathology. Journal of Happiness Studies 2000, 1:293-321.

- Haškovcová H. Fenomén stáří. Praha: Panorama 1990; 416 s.
- Hawkins BA. Aging Well: Toward a Way of Life for all People. *Prev Chronic Dis.* 2005; 2 (3).
- Hendl J. Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum 1997; 243 s.
- Heun R, Burkart M, Maier W, Beck P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly population. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 171-178.
- Hnilica K. Konflikt hodnot a kvalita života. *Československá psychologie* 2000; 44 (5): 385-403.
- Holmerová I, Vaňková H, Dragomirecká E, Janečková H, Veleta P. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi* 2006; 4: 182-184.
- Höschl C, Libiger J, Švestka J (eds). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS 2002; 895 s.
- Hrachovinová T, Weigertová K, Dragomirecká E, Fejgarová V, Csémy L. Sledování kvality života diabetiků 2. typu v porovnání se souborem zdravých osob. *Diabetologie* 2003, 6 (Suppl 1): 25-26.
- Janečková H, Hnilicová H. Spokojenost seniorů s institucionální péčí. *Zdravotnické noviny* 1999; 48 (33).
- Jirák R. Organické duševní poruchy. In Höschl C, Libiger J, Švestka J (eds). *Psychiatrie*. Praha, TIGIS 2002, s. 457-8.
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders* 2004; 83: 135-142.
- Kadlec J. Pozitivní zdraví a jeho indikátory v současné odborné literatuře. *Československá psychologie* 1991; 35 (2): 118-126.
- Kalvach Z, Zaděk Z, Jirák R, Zavázalová H, Sucharda P a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada 2004; 864 s.
- Kasalová H. Životní situace starých občanů. Praha: ČSVÚPSV 1988; č.111.
- Kebza V. Psychosociální determinanty zdraví. *Academia*, Praha 2005. 263 s.

Kirby PC, Brooks C, Oescher J. Using Quality of Life Studies to Improve Local Mental Health Services. National Conference on Mental Health Statistics. Washington D.C. June 1994.

Kožený J, Tišanská L. Model adaptace institucionalizovaných seniorek na stárnutí. Československá psychologie 2005; 49 (3): 211-222.

Kožnarová R, [Dragomirecká E](#), [Hrachovinová T](#), Saudek F. Použití dotazníků SQUALA a SF-36 při vyšetřování kvality života (QOL) pacientů s diabetem 1. typu (DM1) po kombinované transplantaci ledviny a pankreatu (TXL+P). Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa 2003; 6 (Suppl.1): 35-36.

Kronick JE. Alternativní metodologie pro analýzu kvalitativních dat. Sociologický časopis 1997; 33(1):57-67.

Křivohlavý J. Sledování kvality psychického stavu pacienta. Časopis lékařů českých 1986; 125 (24): 733-736.

Křivohlavý J. Psychologie zdraví. Praha: Portál 2001;279 s.

Křivohlavý J. Psychologie nemoci. Praha: Grada 2002; 200 s.

Křivohlavý J. Pozitivní psychologie. Praha: Portál 2004; 200 s.

Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S, WHOQOL-OLD Group. The Attitude to Ageing Questionnaire (AAQ): Development and Psychometric Properties. International Journal of Geriatric Psychiatry 2006 (published online).

Lam DH, Power MJ. Social support in a general practice elderly sample. International Journal of Geriatric Psychiatry 1991; 6: 89-93.

Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. Am J Psychiatry 1982; 139:10.

Lehman AF. The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 369-373

Mareš J a kol. Kvalita života u dětí a dospívajících I. Brno: MSD 2006; 228 s.

Mill JS. Utilitarianism; Liberty; Representative government. London: Dent 1964; 1-60.

Morgan DL. Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu. Boskovice: SCAN 2001; 104 s.

Motlová L, Dragomirecká E, Španiel F, Šelepová P. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie* 2002; 6 (Suppl. 4): 46–49.

Mroczek DK, Spiro A. Change in Life Satisfaction During Adulthood: Findings from the veteran affairs normative ageing study. *Journal of Personality and Social Psychology* 2005; 88 (1): 89-22.

Müllerová H., Libigerová E., Prouzová M., Blažková M., Křepela J., Matějková P., Mrózek J. Mezikulturní přenos a validace dotazníku kvality života Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) v populaci nemocných s depresivní poruchou. *Psychiatrie* 2001; 2: 80-86.

Musschenga AW. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1997; 22:11-28.

Nagpal R, Sell H. Subjective Well-Being. SEARO Regional Health Papers No. 7. WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, 1985.

Novotná L. Analýza potřeb a služeb pro seniory: okres Havlíčkův Brod. Praha: Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2004, 128 s.

Ort J. Kapitoly ze sociologie stáří. (Společenské a sociální aspekty stárnutí). Ústí n. Labem: PF UJEP 2004; 106 s.

Papežová H. Kvalita života (SQUALA) a poruchy příjmu potravy. In Dragomirecká E, Bartoňová J, Motlová L, Papežová H, Kožnarová R, Šrámková, T. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum 2006; s 33.

Payne J. a kol: Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny. Praha: Triton 2002;124.

Payne J. a kol: Kvalita života a zdraví. Praha: Triton 2005; 629 s..

Pinkney AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 86-91.

Potribná J, Dragomirecká E. Quality of Life of HIV/AIDS Patients in Comparison with a Control Group. *Homeostasis* 2001; 41 (5): 176-181.

Potribna J, Dragomirecka E. Quality of life after sexual surgical reassignments. *Quality of Life Research* 2003;12 (7): 783.

Power MJ, Harper A, Bullinger M et WHOQOL Group. The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology* 1999; 18 (5):495-505.

Power MJ, Quinn K, Schmidt S et WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research* 2005; 14 (10):2197-2214.

Preiss J, Haas T. Kvalita života a epilepsie. Některé psychometrické charakteristiky české verze ESI-55, dotazníku pro operace epilepsie. *Československá psychologie* 1999; 43, (4): 309-323.

Ptáčková A. Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater. *Československá psychologie* 1999; 43 (4): 338-348.

Rabušic L. Česká společnost stárne. Brno: Georgetown, Masarykova univerzita 1995; 192 s.

Říčan P. Cesta životem. Praha: Portál 2005; 390 s.

Sartorius N, Kuyken W. Translation of Health Status Instruments. In Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag 1994; 3-18.

Schilling O. Development of Life Satisfaction in Old Age: Another View on the "Paradox". *Social Indicators Research* 2006; 75: 241-271.

Schimmierlingová V. Výzkum života a potřeb starých lidí. Praha: ČSVÚPSV, 1982 č. 93.

Silverstein M. In defense of happiness: A response to the experience machine. *Social Theory and Practice* 2000; 26 (2).

Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA, Corrigan P. Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patient. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161: 797-801.

Skevington SM, Tucker Ch. Designing response scales for cross-cultural use in health care: Data from the development of the UK WHOQOL. *Psychology and Psychotherapy* 1999; 72: 51-61.

Skevington SM, Sartorius N, Amir M et WHOQOL Group. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:1-8.

Disertační práce Dragomirecká (2007): Prediktory kvality života ve vyšším věku
100

Skevington SM, Lofty M, O Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 2004; 13: 299-310.

Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: MAXDORF JESSENIUS 1996; 504 s.

Srnec J, Klicperová-Baker M. Freedom and responsibility. In Klicperová-Baker M (ed). *Ready for democracy?* Prague: Institute of Psychology, Academy of Sciences of the Czech Republic 1999, 269 s.

Srnec J. Situace staršího obyvatelstva v postkomunistické České republice z pohledu psychologa. *Demografie* 2002; 44 (1): 41-42.

Störig HJ. Malé dějiny filozofie. Praha: Zvon 1993; 559 s.

Stuart-Hamilton I. Psychologie stárnutí. Praha: Portál 1999; 319 s.

Szabo S, Orley J, Saxena S. An approach to response scale development for cross-cultural questionnaires. *European Psychologist* 1997; 2: 270-276.

Šelepová P, Dragomirecká E. Postoje seniorů ke stárnutí. In Praha: Gerontologické aktuality, Česká alzheimerovská společnost 2003; s. 29.

Šolcová I, Kebza V. Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie* 2006; 50 (1): 1-15.

Šolcová I, Kebza V. Prediktory osobní pohody (well-being). *Československá psychologie* 2005; 49 (1): 1-18.

Šrámková T, Dragomirecká E, Wendsche P, Cpinová P, Sutorý M. Kvalita života mužů s posttraumatickou transverzální míšní lézí. *Praktický lékař* 1999; 79 (5): 263-268.

Štaudová M, Žáková A, Dragomirecká E. Kvalita života u nemocných s chronickou pankreatitidou. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie* 2001; 55 (2): 52-55.

Štílec M. Program aktivního stylu života pro seniory. Praha: Portál 2004; 136 s.

Švancara J. Psychologie stárnutí a stáří. In Kalvach Z a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Univerzita Karlova 1997; 57-77.

Thompson M. Přehled etiky. Praha: Portál 2004; 168 s.

Tiberius V. Cultural Differences and Philosophical Accounts. *Journal of Happiness Studies*, 2004; 5 (3):293-314.

Disertační práce Dragomirecká (2007): Prediktory kvality života ve vyšším věku

Topinková E. Transformace zdravotnictví, starý pacient a stárnoucí společnost. Čas. lék.čes. 1994; 133 (22):683-685.

Uher R., Dragomirecká E., Papežová H., Pavlová B. Use of Socioeconomic Status in Health Research. JAMA 2006; 295:1770

Vaňurová H, Mühlbacher P. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. Brno: MU PF, 2005; 143 s.

Vaillant GE, Mukamal K. Successful Aging. Am J Psychiatry 2001; 158: 839-847.

Veenhoven R. The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. Journal of Happiness Studies 2000; 1:1-39.

Vidovičová L, Rabušic L. Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Brno: Zpráva z empirického výzkumu VÚPSV, 2003; 67 s.

Vránová A. Farmakoepidemiologie O. Analýza sledování kvality života u pacientů se schizofrenií. Diplomová práce. Hradec Králové: Katedra sociální a klinické farmacie Fakulta farmaceutická, Univerzita Karlova, 1997; 82 s.

Vymětal J. Lékařská psychologie. Praha: Portál 2003. 400 s.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473.

WHOQOL Group. The Development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Berlin: Springer-Verlag 1994a; 41-60.

WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health 1994b; 23: 24-56.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science in Medicine 1998a; 46, (12): 1569-1585.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychological Medicine 1998b; 28: 551-558.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization, July 22, 1946. In <http://w3.whosea.org/aboutsearo/const.htm>

World Health Organization. World Health Report 1999. Making a Difference. WHO 1999; 122 s.

Yesavage JA, Brink TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17 (1): 37-49.

Zannotti M, Pringuey D. A method for quality of life assessment in psychiatry: the S-QUA-L-A (Subjective QUALity of Life Analysis). Qual Life News Letter 1992; 4:6.

Zannotti M, Pringuey D, Thauby S, Lambotin M, Darcourt G. Construction and first use with psychotic patients of a quality of life profile: The S.QUA.LA. Subjective Quality of Life Analysis. In Quality of Life and Disabilities in Mental Disorders. 7th European Symposium Vienna, Austria, April 7-9, 1994.

Zaremba V. Rozdíly mezi zdravotní a sociální situací mezi muži a ženami 65 – 74 let. České zdravotnictví 1988; 36: 11.

ÚZIS. Zdravotnická ročenka České republiky 2003-2005. Praha: ÚZIS ČR, 2002-2005.

Internetové stránky

Databáze dotazníků: <http://www.proqolid.org/> (Dostupné 4.1.2006)

MAPI Research Institute: <http://www.mapi-research.fr/> (Dostupné 4.1.2006)

Instrumenty WHOQOL <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/> (Dostupné 4.1.2006)